

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

339

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marie-Eugène JULIEN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 24 Février 1904, à Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or)

LE SYNDROME
« ANGINE DE VINCENT »

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marie-Eugène JULIEN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Février 1904, à Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or)

LE SYNDROME

« ANGINE DE VINCENT »

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESCREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE... Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT..... Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELIER..... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHALLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		LE LORIER.....	
BRULE.....		LÉVY-SOLAL ...	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER.....			
LIAN.....			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER. .			
MOCQUOT			
MOURE			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
Professeur de Clinique Médicale à l'Hôpital Saint-Antoine

Que nous remercions respectueusement du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin

*Qui nous a inspiré cette thèse
et guidé de ses précieux conseils.
En témoignage de notre reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Dijon :

MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC.

MONSIEUR LE DOCTEUR PETITJEAN.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAULT.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDEMET.

A Paris :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE CHEVASSU.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN HUTINEL (*in memorian*).

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BOURGEOIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN ROUGET.

INTRODUCTION

Des publications récentes ont contesté l'autonomie de l'angine de VINCENT entendue au sens classique d'amygdalopathie fuso-spirillaire primitive : le processus ulcéro-membraneux à fuso-spirilles serait toujours secondaire à une « propathie » qu'il appartient au clinicien de découvrir. A la conception de l'angine de VINCENT-maladie, il faudrait donc substituer celle de l'angine de VINCENT-syndrome.

C'est cette question que nous voudrions examiner dans les pages qui suivent. Nous envisagerons successivement :

1^o Les idées classiques sur l'étiologie et la pathogénie de l'angine de VINCENT.

2^o Les critiques qui leur ont été opposées.

3^o Les rapports de l'infection fuso-spirillaire avec
— les lésions syphilitiques ;

— d'autres ulcérations spécifiques (cancer-tuberculose de l'amygdale) ou banales (amygdalite cryptique ulcéreuse) ;

- la diphtérie ;
- l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne (angine à monocytes) ;
- l'appareil dentaire.

DOCTRINE CLASSIQUE

1^o Les idées de H. VINCENT — d'après la série de communications — mémoires et articles qu'il a consacrés — de mars 1898 à la fin de 1905 — à ce sujet.

2^o Les idées, un peu différentes, actuellement admises par la plupart des auteurs.

1^o Pour VINCENT, le bacille fusiforme constitue l'agent déterminant essentiel de l'angine ulcéro-membraneuse, car c'est la seule espèce microbienne qu'on y rencontre d'une manière constante. Le spirille intervient efficacement lui aussi mais ce n'est qu'un associé d'importance moindre ; habituel dans la forme commune, ulcéro-membraneuse il manque en effet complètement dans la forme plus rare, dite dipthéroïde.

Certes, le bacille fusiforme — de même que son associé de prédilection — doit être considéré comme un hôte quasi-normal de la cavité buccale où VINCENT l'a constaté 22 fois sur 27 examens. Néanmoins, il pullule en telle quantité dans la lésion amygdalienne qu'on ne saurait douter de son rôle pathogène. Parfois à l'état de culture pour ainsi dire pure, il est en

tout cas toujours manifestement prédominant. Le spirille — quand il existe — mérite pareillement une place à part à côté du bacille fusiforme, en raison de son abondance. Les autres microorganismes co-existants ne sont au contraire que des germes adventices négligeables comme le prouvent leur nombre infini et leur diversité vérifiée par la culture.

Ces constatations apparaissent encore plus nettement à l'examen histologique (pratiqué seulement par VINCENT sur la fausse membrane provenant d'une angine à forme diphtéroïde). On voit alors que si dans les couches superficielles le bacille est accompagné de microbes variés, il végète au contraire absolument seul dans les parties profondes. Il s'y trouve en quantité « colossale » formant là, un véritable feutrage extraordinairement dense et compact.

Au surplus, l'examen bactériologique répété au jour le jour montre bien l'étroite relation qui lie le processus nécrotique et le bacille fusiforme accompagné ou non de spirille. Particulièrement riche et pure au début, la flore bacillaire ou fuso-spirillaire diminue au contraire dès que l'amygdalite commence à s'amender. Elle cède alors de plus en plus la place aux germes adventices pour disparaître quand la lésion touche à sa fin. L'angine vient-elle à récidiver ? à émigrer sur la luette, l'amygdale opposée ? les bacilles réapparaissent aussitôt en très grand nombre et le même cycle recommence.

A ces arguments, VINCENT s'est efforcé d'ajouter des preuves expérimentales ; à défaut de cultures

de bacilles fusiformes, impossibles à obtenir au moins à l'état pur, il s'est adressé à l'exsudat diphtéroïde même. Mais, ses essais d'inoculation « sur la conjonctive, sur la muqueuse buccale ou vaginale » des *animaux* ont toujours échoué. Par contre, il a obtenu des résultats positifs chez l'*homme* en choisissant pour sujets d'expérience des malades déjà atteints d'amygdalite fuso-spirillaire unilatérale. « Si l'on blesse légèrement, dit-il, l'amygdale saine la luette ou l'un des piliers avec la spatule chargée de l'exsudat, on voit se développer une lésion pseudo-membraneuse identique à la lésion initiale, avec pullulation du bacille fusiforme seul ou escorté du spirille. » Ultérieurement dans un travail récapitulatif sur les diverses déterminations de l'infection fuso-spirillaire, il signalera la possibilité d'inoculer même un sujet sain au niveau du sillon gingivo-labial mais à la condition que celui-ci ait été au préalable ulcéré.

Inoculable, l'angine à bacilles fusiformes est aussi contagieuse quoiqu'à un faible degré. Cette notion de contagiosité, VINCENT l'admet avec DOPTER, COSTA, de MONTIGNY, sur la foi de rares observations (dont une seule personnelle) tendant à établir que l'amygdalite a été transmise d'un sujet à un autre « à la suite de contact intime ou de l'usage d'un même objet ».

Les quelques essais d'inoculation ci-dessus relatés ne résument pas toute la contribution apportée par VINCENT à l'étude expérimentale de l'infection fuso-

spirillaire. On ne saurait les séparer de ceux, qu'en 1896, il avait tenté en étudiant la pourriture d'hôpital (où comme l'on sait il décrit pour la première fois la symbiose fusospirillaire).

Chez *l'homme*, VINCENT n'eut que des échecs dans ses tentatives d'inoculations cutanées sur lui-même et sur quelques arabes.

Chez les animaux (lapins, cobayes, rats blancs), il ne fut tout d'abord pas plus heureux. En vain pansa-t-il des plaies artificielles avec la pulpe diphthéroïde — en vain pratiqua-t-il des injections sous-cutanées de cette même pulpe émulsionnée.

Par contre, dans une deuxième série d'expériences, il parvint à provoquer des abcès sous-cutanés suivis d'ulcérations caractéristiques avec pullulation du bacille fusiforme, mais il lui avait fallu :

— Soit opérer sur un animal cachectique (lapin tuberculeux),

— Soit ajouter à la pulpe en émulsion diverses cultures microbiennes virulentes (streptocoque staphylocoque doré, coli, etc.). C'est à l'aide de ce dernier artifice et en utilisant notamment un mélange de cultures de staphylocoque doré et de colibacille que furent réalisées les lésions les plus démonstratives.

La conclusion de tels faits, l'expérimentateur l'a tirée lui-même : pour s'implanter le bacille fusiforme demande l'intervention des facteurs favorisants = déficience de l'état général et surtout associations microbiennes, dont le rôle semble être de « labourer le terrain ».

Cet enseignement du laboratoire, VINCENT n'a pas manqué à l'occasion de l'appliquer à la clinique. A la suite d'une communication de SIMONIN montrant que l'amygdalite fuso-spirillaire pouvait succéder ou se surajouter à des angines diverses (streptococciques-staphylococciques-scarlatineuses et surtout diphtériques) il a souligné l'action favorisante exercée vis-à-vis de la symbiose « par toutes les maladies qui retentissent sur le pharynx et par toutes les causes qui en altèrent l'épithélium » ; c'est par cette altération préalable de la muqueuse buccale qu'il a, en particulier, expliqué les inoculations positives antérieurement rapportées.

Il fut plus affirmatif encore à propos d'une observation de WIDAL et DARRÉ concernant une malade dont l'angine de VINCENT avait été précédée d'une amygdalite pseudo-membraneuse à staphylocoques. « C'est là — fit-il remarquer — une nouvelle preuve que l'association fuso-spirillaire nécessite certaines conditions favorisantes pour s'installer à la surface des tonsilles. »

Enfin, à l'occasion de cette même malade, atteinte en outre de stomatite ulcéro-membraneuse au niveau de sa dent de sagesse inférieure, il a attiré l'attention sur le rôle fréquemment joué en pareil cas par l'éruption dentaire.

En conclusion, si, pour VINCENT, le bacille fusiforme associé ou non au spirille, est bien la cause essentielle, déterminante de l'angine « diphtéroïde », il n'en résume pas cependant toute l'étiologie ; avec

lui, interviennent divers facteurs adjuvants dont l'expérimentation et parfois la clinique, montrent l'importance.

2^o Ces causes prédisposantes, tout d'abord mises en relief, la plupart des *travaux postérieurs à ceux de Vincent*, les perdent au contraire rapidement de vue.

Les deux microorganismes associés, sont de plus en plus seuls envisagés.

Le spirille jusque là resté au second plan, retient bientôt davantage l'attention ; les méthodes d'impregnation à l'argent le montrent en effet en beaucoup plus grande abondance dans la profondeur des lésions que les procédés usuels de coloration ne l'avaient laissé supposer. Les schémas histologiques se modifient et sous la couche de nécrose riche en bacilles fusiformes, seule vue par VINCENT, il faut avec LA BLAYE décrire une deuxième zone dite de réaction inflammatoire où pullulent isolément et en avant garde, les formes spirillaires.

Dès lors, les rôles sont renversés ; le spirille devient l'agent pathogène principal tenant essentiellement sous sa dépendance le processus ulcéreux ; le bacille fusiforme d'abord mis en vedette, passe au rang de simple auxiliaire, parachevant l'œuvre du premier.

La morphologie des deux « symbiotes » est d'autre part précisée et l'on s'accorde à faire du bacille fusiforme un spirille et du spirille un spirochète (*Spirochëta VINCENTI*).

L'importance attribuée à ce dernier dans le dé-

terminisme des lésions ulcéro-membraneuses conduit tout naturellement à traiter l'angine de VINCENT par la médication arsénobenzolée d'Elrich. (ACHARD et FLANDRIN, etc...). La nouvelle thérapeutique paraît décisive et avec elle s'accrédite de plus en plus l'opinion qui considère avant tout l'angine « chancreiforme » comme une spirochétose locale primitive.

Du point de vue expérimental, on ajoute peu aux constatations premières de VINCENT. Quelques faits méritent toutefois d'être signalés :

En 1905, QUEYRAT, obtient le développement d'une balanoposthite ulcéro-membraneuse à fuso-spirille, chez un malade déjà porteur d'une stomatite de même nature, en déposant sur la muqueuse préputiale, légèrement traumatisée, des parcelles de l'exsudat buccal.

En 1912, MARZINOWSKI tente d'inoculer au singe l'amygdalite fuso-spirillaire. L'une des tonsilles de l'animal préalablement sacrifiée, est frottée avec un fragment de putrilage provenant d'une angine de VINCENT. Il en résulte cinq jours après, un simple exsudat de courte durée où végètent de nombreux fuso-spirilles associés à d'autres microorganismes. Apparaît ensuite une adénite cervicale suppurée dont le pus contient aussi des fuso-spirilles. Les mêmes germes peuvent encore être décelés, en plus petit nombre, dans un ganglion axillaire hétérolatéral (1).

Plus significatives, quoique ne concernant pas directement l'angine à fuso-spirilles, sont les ex-

périences de BLANCHARD qui en 1914 entreprend de reproduire chez l'homme l'ulcère phagédénique tropical (véritable pourriture d'hôpital des Pays chauds (1) de nature fuso-spirillaire). Comme VINCENT, l'auteur échoue dans toutes ses tentatives d'inoculation en peau saine et c'est en vain qu'il multiplie, dans le derme et sous la peau de la région deltoïdienne, les insertions de pulpe ulcéreuse. Au contraire il obtient sans difficulté des lésions phagédéniques caractéristiques avec pullulation des fuso-spirilles, en déposant la même pulpe, à la face profonde de petites escharres aseptiquement produite par une solution concentrée de potasse. BLANCHARD montre combien ces faits s'accordent avec ce que l'on sait cliniquement des circonstances d'apparition de l'ulcère tropical. Celui-ci, en effet, toujours secondaire, ne se développe généralement pas sur les plaies à bords nets, non contusés, mais choisit le plus souvent « celles qui contiennent des tissus écrasés ou sphacelés ».

(1) C'est d'ailleurs vraisemblablement le phagédénisme tropical que VINCENT a décrit sous le nom de pourriture d'hôpital. Il a en effet observé l'affection à Alger — chez des convoyeurs kabyles rapatriés de Madagascar, en 1895-96. La pourriture d'hôpital, dit-il, « s'était développée à l'occasion de plaies légères des pieds. Il en résulta des ulcères sordides et envahissants, recouverts d'un exsudat grisâtre, pulpeux ». La description est identique à celle de l'ulcère phagédénique. Ainsi, selon la remarque de LE DANTEC, « ce que, dans les colonies on appelait couramment phagédénisme des plaies, était dénommé pourriture d'hôpital dans les pays tempérés ».

CONCEPTIONS NON CLASSIQUES

Dès 1900, DE STOECKLIN fait des réserves quant à l'existence d'amygdalites primitives provoquées exclusivement par le bacille fusiforme. Il se base sur quelques cas d'angines fuso-spirillaires associés à la diphtérie. C'est pour lui l'occasion de rappeler les expériences de VINCENT montrant l'action favorisante exercée vis-à-vis de la symbiose par diverses associations microbiennes. De Stoecklin pense que le bacille de Loeffler a joué un rôle analogue dans ses observations et que c'est lui qui « a labouré le terrain ». Il en conclut à la nécessité d'être très prudent avant de porter le diagnostic d'angine de VINCENT « aboutissant d'états morbides étiologiquement fort distincts dont on retrouvera d'autant plus facilement l'agent pathogène primitif qu'on le recherchera plus soigneusement ».

Quelques mois après, LETULLE, à la *Société Médicale des Hôpitaux*, discute à son tour l'étiologie de l'angine ulcéro-membraneuse et met catégoriquement en doute le rôle déterminant attribué à l'association fuso-spirillaire :

« Le spirochète et le spirille fusiforme, dit-il,

coexistent incontestablement et prédominent au milieu des détritux microbiotiques qui recouvrent l'ulcération atonique de l'angine de VINCENT. Ces constatations sont-elles suffisantes pour caractériser la spécificité causale de la maladie ? J'ai à plusieurs reprises examiné des ulcérations de la bouche et du pharynx ; mon enquête a porté en particulier sur des syphilides ulcéreuses, du voile du palais — sur des ulcérations tuberculeuses de la langue et de la gorge — sur un cancer diffus de la cavité buccale et de l'amygdale, sur une douzaine de gingivites ulcéreuses, expulsives, diabétiques et autres. Toutes les fois qu'une ulcération tenace existait, grisâtre, pulpeuse, putrilagineuse ou membraniforme, j'ai toujours et sans exception rencontré de nombreux spirochètes associés à des spirilles fusiformes. *Les Préparations ont été plus d'une fois tellement identiques à celles de l'angine de Vincent qu'en cachant l'étiquette, il fut impossible à mes préparateurs et à moi de les différencier les unes des autres.* » Il est donc malaisé, en déduit Letulle, d'accorder une valeur étiologique aux fuso-spirilles dans le développement de l'angine diphtéroïde.

Cette argumentation sera à nouveau reprise quelques années plus tard (1905) par CHOMPRET à l'occasion d'un cas d'herpès labial au niveau duquel l'auteur devait trouver l'association fuso-spirillaire en abondance aussi grande que dans une angine ulcéro-membraneuse typique, observée simultanément.

Entre temps (1904), LEBEDINSKY avait formulé sa « doctrine dentaire » de l'angine de VINCENT et de la stomatite ulcéreuse de Bergeron (autre détermination fuso-spirillaire considérée généralement comme primitive). Pour lui, l'angine à fuso-spirilles ne mérite pas d'être individualisée en une maladie nouvelle ; elle n'est que la localisation ou la propagation à l'amygdale de la stomatite ulcéro-membraneuse cliniquement connue de longue date. Or, celle-ci ne constitue pas une affection spécifique, contagieuse épidémique, inoculable, ainsi qu'on l'admet depuis BERGERON qui en a fait en 1859, une étude classique. Non spécifique au contraire, « relevant du polymicrobisme buccal avec prédominance du groupe fuso-spirillaire, elle est toujours consécutive à l'éruption vicieuse des grosses molaires inférieures. LEBEDINSKY interprète de même l'angine de VINCENT et lui reconnaît une étiologie identique : l'évolution septique de la dent de sagesse chez l'adulte ou de 6 ans chez l'enfant. Ainsi s'expliqueraient les deux âges de prédilection (de 6 à 8 ans, de 18 à 25 ans) habituellement attribués à la détermination amygdalienne aussi bien qu'à la stomatite.

Après ces quelques critiques, l'amygdalite à fuso-spirilles, ne sera plus pendant longtemps discutée. Il faut attendre la fin de la guerre et les années qui suivent pour voir à nouveau son autonomie remise en question.

En 1918, M. NOËL FIESSINGER expose dans une « clinique médicale » du Journal des praticiens, sa

conception personnelle de l'angine de VINCENT. Se refusant à en faire une affection contagieuse, épidémique, inoculable, il la considère comme l'aboutissant de certaines amygdalites cryptiques banales, à lacunes très rapprochées. Pour en comprendre le déterminisme, dit-il, il faut la suivre dès le début : on voit l'amygdalite se recouvrir d'un petit « point blanc », puis de deux ou trois autres points blancs tout proches ; ces quelques îlots initiaux se réunissent bientôt et la zone amygdalienne correspondante se transforme en un magma nécrotique à l'abri duquel se constitue l'ulcération. Rien ne rappelle plus l'évolution de cette lésion que celle de l'anthrax de la nuque ; celui-ci est d'abord formé de furoncles isolés ; plus tard les pertuis purulents se fusionnent en même temps que les tissus interposés s'escharrifient ; enfin une ulcération apparaît.

Le processus ulcéreux, résulte dans les deux cas, d'un acte digestif d'origine leucocytaire : il est l'œuvre de la très active « protéase » des polynucléaires exsudés. Les fuso-spirilles n'interviennent au cours de l'angine qu'à titre d'infection secondaire ; ils envahissent la nécrose amygdalienne comme ils peuvent faire pour tout foyer de protéolyse, se produisant au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée. M. FIESSINGER voit une confirmation de sa théorie dans le traitement qu'il emploie avec succès et qui se borne à la seule détersion mécanique de la lésion ; appliqué précocément, ce simple écouvillage suffit à arrêter la marche de l'ulcération.

En 1921, DE LAVERGNE publie une étude épidémiologique sur les infections fuso-spirillaires en général, qui, sous la forme de stomatite ulcéro-membraneuse et d'angine de VINCENT, ont été observées pendant la guerre avec une grande fréquence. Selon l'auteur la notion contagiosité rend mal compte de ces déterminations collectives. Celles-ci étaient plutôt de pseudo-épidémies, sans tendance à la diffusion, difficiles à relier les unes aux autres, s'expliquant mieux par des conditions de réceptivité communes aux groupements atteints : surmenage physique, et surtout alimentation défectueuse, trop uniforme, carencée. Par ce dernier facteur, le plus important, les accidents fuso-spirillaires étudiées s'apparentent aux troubles gingivaux scorbutiques ou préscorbutiques. Les deux sortes de manifestations se sont d'ailleurs succédées de près en Roumanie où elles ont été particulièrement fréquentes durant les années 1917 et 1918 (DAVID et HECQUET) ; elles apparaissent de même étroitement liées dans les relations d'épidémies des guerres de la Révolution et de l'Empire au cours desquelles scorbut et stomatite de BERGERON florissaient. Bref, l'infection fuso-spirillaire a trouvé un terrain préparé. Il en est ainsi le plus souvent. Le noma succède à des maladies anergisantes ou survient chez des cachectiques ; la stomatite mercurielle, pour être de nature fuso-spirillaire, n'en est pas moins secondaire ; les fuso-spirilloses cutanées (ulcères phogédéniques des pays chauds, pourriture d'hôpital autrefois) sont tou-

jours greffées sur des lésions antécédentes (traumatiques — voire syphilitiques) ; certaines fuso-spirilloles pharyngées se surajoutent parfois à des ulcérations préexistantes (syphilitiques, cancéreuses) ou succèdent à des angines diverses spécifiques (diphthériques) ou banales (streptococciques, staphylococciques, phlegmoneuses) ; enfin, pour beaucoup de déterminations buccales ou amygdaliennes une étiologie dentaire semble devoir être invoquée.

Au total, l'infection humaine ne diffère pas de l'infection expérimentale ; elle ne se développe que sur des tissus de résistance diminuée ; la cause déterminante devient de ce point de vue une cause seconde et l'on est conduit à placer au premier rang ce que l'on considère d'ordinaire comme de simples causes prédisposantes.

A la même époque, le rôle de l'appareil dentaire est de nouveau envisagé par divers stomatologistes. Tandis que LEBEDINSKY reste fidèle à sa théorie ancienne, BERCHER (en 1920, puis en 1922), formule des conclusions moins exclusives. Il met à part un petit nombre (5 %) de stomatites et d'amygdalites à fuso-spirilles sans rapport possible avec la dent de sagesse, celle-ci étant absente ou invisible même à la radiographie. A cette réserve près, il incrimine lui aussi l'éruption dentaire, dans la plupart des cas, mais il montre la nécessité de distinguer deux ordres de faits bien différents. Tantôt, dit-il, la dent évolue d'une manière septique : il existe un capuchon muqueux infecté et la péri coronarite est évidente. Les

lésions ulcéro-nécrotiques ont manifestement pris naissance à ce niveau ; quelque soit leur extension (stomatite ou stomato-amygdalite) elles sont là plus profondes et prédominantes. Tantôt au contraire la dent pousse d'une façon apparemment normale ; on ne constate pas la moindre réaction inflammatoire péri coronarienne et les lésions siègent alors à distance, soit en avant vers les incisives, soit le plus souvent en arrière sur la tonsille (angine de VINCENT). Il est difficile de les rattacher à un processus infectieux initial, à moins d'admettre que celui-ci, éteint au niveau de l'alvéole, se soit propagé par voie lymphatique. BERCHER rejette cette explication et reprend l'hypothèse des troubles réflexes d'origine dentaire défendue par JACQUET et ROUSSEAU-DECELLE à propos de certaines formes de pelade, d'herpès, de zona, etc... La molaire en évolution interviendrait en modifiant le trophisme de la muqueuse, bucco-pharyngée dont la résistance à l'infection fuso-spirillaire se trouverait de ce fait diminuée ; l'unilatéralité habituelle des manifestations ulcéro-membraneuses, appuierait cette manière de voir.

Les idées de BERCHER sont exposées à nouveau par PUIG en 1924 pour l'angine de VINCENT et plus tard par J. CHATELLIER en 1929, pour la stomatite de BERGERON. Entre temps, CORIAT développe celles de LEBEDINSKY, dans sa thèse en 1925.

De son côté, le professeur ESCAT, en 1927, se plaçant à un tout autre point de vue, dresse contre l'angine de VINCENT, conçue comme une amygdalite

fuso-spirillaire primitive, un impressionnant réquisitoire. « Instruit par trente années d'observation de cette affection » — écrit l'éminent oto-rhino-laryngologiste — nous sommes en mesure d'affirmer aujourd'hui que l'évolution secondaire de l'infection fuso-spirillaire bucco-pharyngée, loin d'être l'exception, est au contraire la règle. A vrai dire, de même que la pourriture d'hôpital, jamais primitive, évolue toujours sur des plaies externes de nature diverse, l'angine fuso-spirillaire évolue toujours sur une lésion propathique ». Certes, cette propathie est souvent bénigne et se résume à une banale amygdalite cryptique, aiguë ou chronique, ou à une simple gingivite localisée au collet de la dernière molaire ; mais la symbiose peut tout aussi bien se surajouter à des ulcérations spécifiques : tuberculeuses, cancéreuses et surtout syphilitiques, qu'elle masque de sa pulpe diphtéroïde. De telles éventualités ne sont pas exceptionnelles ; dans ces dernières années, poursuit le professeur ESCAT, « sur plus de 60 observations d'angines de VINCENT, j'ai relevé 17 cas où l'infection fuso-spirillaire était superposée à la syphilis acquise secundo-tertiaire et à l'infiltration gommeuse acquise ou héréditaire, et 1 cas à la tuberculose miliaire subaiguë du pharynx ; soit près d'un tiers des cas. Et dans tous les cas, là est l'intérêt de ma communication, le médecin traitant ou le laryngologiste traitant, s'était arrêté au seul diagnostic d'angine de VINCENT, diagnostic découvert ou vérifié par l'examen bactériologique de l'exsudat ».

C'est assez dire que la présence du bacille fusiforme et des spirilles ne saurait caractériser une ulcération amygdalienne. Semblable constatation ne dispense d'aucune recherche étiologique ; sous toute lésion du type VINCENT, doit toujours être dépistée la propathie constante qui lui a servi d'amorce.

Une opinion analogue et non moins catégorique a été tout récemment soutenue (1933) par M. P. CHEVALLIER qui lui aussi nie formellement l'existence d'angines fuso-spirillaires primitives.

Divers faits, dit-il, l'ont progressivement amené à cette manière de voir.

Ce sont tout d'abord — pendant la guerre — de nombreux cas de chancres amygdaliens surinfectés par l'association fuso-spirillaire et considérés comme de simples angines de VINCENT, jusqu'à l'éclosion des accidents secondaires.

Etudiant ensuite l'angine à monocytes (adéno-lymphoïdite aiguë bénigne avec mononucléose), M. P. CHEVALLIER a pu constater que cette affection prenait parfois le masque de l'angine de VINCENT la plus typique. A certains observateurs même, ajoute-t-il, l'association fuso-spirillaire s'est montrée si fréquente qu'on crut trouver en elle, l'agent pathogène de l'angine à monocytes ; l'hypothèse fut vite infirmée et ne conduisit qu'à vérifier l'extrême banalité du saprophytisme fuso-spirillaire, déjà notée par VINCENT.

Une autre affection retint bientôt l'attention de

l'auteur : l'agranulocytose de W. SCHULTZE dont l'angine ulcéro nécrotique a souvent, elle aussi, tous les caractères de celle de VINCENT. On s'est de même demandé si la maladie de SCHULTZE ne relevait pas de la symbiose ; là encore la question est résolue par la négative.

A côté de l'agranulocytose typique se placent les syndromes agranulocytaires (aleucie hémorragique) qui eux aussi se compliquent très souvent d'angines et de stomatites, ulcéro-nécrotiques, à fuso-spirilles.

Il en est de même enfin des accidents bucco-pharyngés bien connus de la leucémie aiguë.

Ces divers exemples s'ajoutent à ceux déjà signalés et où l'on voit l'amygdalite de VINCENT s'associer, succéder à toutes sortes d'angines, scarlatineuses, diphtériques, streptococciques, staphylococciques, colibacillaires, phlegmoneuses, etc... ou se surajouter à des ulcérations diverses, cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, herpétiques, etc...

En maintes circonstances l'angine à fuso-spirilles apparaît donc comme un épiphénomène.

N'en serait-il pas toujours ainsi ? M. CHEVALLIER n'hésite pas à l'admettre. Rien, dit-il, ne plaide pour l'autonomie de cette prétendue affection.

En effet, quelle particularité de symptomatologie invoquer en faveur de sa nature primitive ?

L'ulcération ? — Son allure « chancriforme » n'est que trop souvent justifiée. Le pseudo-exsudat pulpeux et fétide qui la revêt, évoque bien, lui, la fuso-spirillose mais il confère le même aspect type VIN-

CENT à toutes les lésions ulcéreuses qu'il peut recouvrir ; au demeurant, on ne saurait le tenir pour pathognomonique et l'on connaît des angines ulcéro-nécrotiques qui ne recèlent point de fusospirilles (ROGER, LEROY).

L'adénopathie ? — Le luxe de détails avec lequel on s'ingénie parfois à la décrire prouve plutôt son manque de caractéristique ; elle n'est nullement proportionnée à l'extension du processus amygdalien ; elle manque parfois. Rien ne la distingue le plus souvent de la banale adénite satellite d'une quelconque amygdalite cryptique aiguë ; le volume, voire l'induration qu'on lui voit prendre dans certaines observations n'aboutissent qu'à la rendre alors suspecte.

L'unilatéralité de la lésion ? — C'est un *leit-motiv* des schémas classiques ; mais l'expérience démontre que la bilatéralité n'est pas exceptionnelle. Quant à la non propagation à la ligne médiane de l'exsudat pseudo-membraniforme initial, donnée comme signe différentiel avec la diphtérie, certaines formes rapidement extensives (d'ailleurs souvent associées à la diphtérie) et suivies d'amputation de la luette, font justice de cet élément de diagnostic.

Les signes fonctionnels et généraux ? — Ils sont les uns et les autres extrêmement variables — tantôt très discrets, tantôt au contraire, très accusés et sans rapport étroit avec l'importance de la lésion locale. On enregistre souvent leur régression lorsque le processus ulcéro-nécrotique est à peine ébauché.

On ne peut de toute façon que reconnaître leur grande banalité.

Les complications ? — Erythèmes divers (mobillo-scarlatiniiformes, noueux, purpuriques), phlegmon amygdalien, adénites suppurées, arthrites; voire septicémies. Tous les auteurs qui les ont étudiées, s'accordent pour en inocenter l'association fusospirillaire et les attribuer à une infection concomitante ou secondaire, streptococcique en particulier (SIMONIN, CASTAIGNE).

L'évolution n'a rien non plus de schématique; elle n'offre pas la moindre tendance cyclique; à côté des formes courtes — les plus fréquentes — il faut décrire des formes prolongées — récidivantes — voire chroniques.

Mais dira-t-on, l'efficacité de la médication spirillicide par le novarsénobenzol, ne prouve-t-elle pas malgré tout la nature fusospirillaire de l'angine de VINCENT ?

L'objection, serait légitime si, à l'observation impartiale, des doutes fondés ne naissaient quant à la spécificité de cette thérapeutique.

Nombreux sont en effet les antiseptiques dont l'action a tour à tour été considérée comme « pierre de touche » dans l'amygdalite fusospirillaire; après la teinture d'iode, le bleu de méthylène, le nitrate d'argent, l'acide chromique, pour ne citer que les principaux, il ne semble pas que la glycérine novarsénobenzolée ait sensiblement raccourci l'évolution habituelle de la détermination amygdalienne. On ne

compte d'ailleurs plus les angines arséno-résistantes; en pareil cas, existe souvent une « épine irritative », dentaire par exemple, à moins que ce ne soit une propathie d'une tout autre importance, syphilis en particulier. Tous les thérapeutes insistent d'autre part, dans la forme comme, sur la nécessité d'une détersion minutieuse de la lésion. Les résultats obtenus, apparaissent souvent à tel point subordonnés à semblable manœuvre qu'on est amené à attribuer à cette dernière plus d'importance qu'à l'agent médicamenteux lui-même (1). Le fait que M. FIESSINGER emploie l'écouvillonnage seul avec un au moins égal succès, appuie singulièrement cette interprétation. Divers auteurs (professeur GUGEROT), ont d'ailleurs remarqué que les arsénicaux, contre toute attente, semblaient agir beaucoup mieux *in loco* que par voie endoveineuse.

La spécificité de la thérapeutique arsénicale apparaît donc fort douteuse.

— Deux arguments sont encore invoqués pour la défense de l'angine fuso-spirillaire primitive :

— la contagiosité et l'inoculabilité des manifestations à fuso-spirilles.

La première motion repose sur des bases dont la fragilité est facile à démontrer. Le nombre infime de faits publiés appelle à lui seul l'objection de

(1) La médication arsénicale ne paraît pas non plus avoir transformé sensiblement l'évolution de l'ulcère phagédénique tropical. Là aussi la plupart des auteurs soulignent l'importance du curetage préalable.

coïncidence. On trouve, en effet, tout au plus dans la littérature cinq observations quelque peu circonstanciées et le moins qu'on puisse dire est qu'elles n'emportent pas pour la plupart, la conviction. Les voici résumées :

COSTA. 2 brigadiers aux hussards, d'un même escadron « sont liés d'amitié et en rapports de service », ils ont tous deux une angine de VINCENT à 8 jours d'intervalle.

COSTA. 1 sous-officier, employé dans un bureau, se présente avec une amygdalite fuso-spirillaire ; une semaine après, un soldat qui travaillait dans une pièce contiguë, est atteint d'une même angine. L'enquête montre que divers objets (crayons, règles, porte-plumes), sont portés fréquemment d'une chambre dans l'autre et que le soldat a l'habitude de mordiller les crayons ou porte-plumes dont il se sert.

DOPTER. Deux soldats couchent dans une même chambrée et fument volontiers la même pipe — l'un a une stomatite ulcéro-membraneuse — l'autre une angine de VINCENT.

LAUNOIS et LE MAC'HADOUR (cités par DOPTER). Un sujet consulte pour une ulcération amygdalienne avec exsudat grisâtre ou abondent les fuso-spirilles. Il donne le renseignement suivant : sa maîtresse « est porteur depuis quelque temps et bien avant lui d'une lésion — occupant le même siège et présentant des caractères identiques » — Dans cette observation, donnée comme une preuve « manifeste et indéniable »

de la contagion, l'hypothèse de la syphilis n'est même pas discutée.

VINCENT. Un jeune homme demande conseil pour une angine à fuso-spirilles d'aspect classique. Il « fréquente » depuis un mois une femme atteinte antérieurement à lui d'une ulcération amygdalienne semblable, encore en évolution. Là, la syphilis est discutée et ne paraît pas en cause, la guérison étant survenue en 4 jours. C'est en somme, la seule observation dont on puisse faire quelque état.

Pour apporter une observation de plus en faveur de la contagion, MONTIGNY en est réduit dans sa thèse à étiqueter angine de VINCENT une amygdalite ulcéro-membraneuse dans laquelle il n'a trouvé que des cocci ! Il se base sur les autres signes cliniques, l'action du traitement (chlorure de chaux), et sur le fait que le malade — un enfant — était en contact avec un autre enfant porteur d'une angine à fuso-spirilles ; tous deux avaient l'habitude de boire dans le même verre.

Les manifestations fuso-spirillaires à allure d'épidémies n'apportent pas davantage à la thèse de la contagion la confirmation attendue. C'est du moins ce qui résulte de l'important travail, plus haut résumé, de DE LAVERGNE.

Quant à l'inoculabilité, on a vu de même antérieurement à quel point elle était conditionnelle. Chaque fois que s'est produite une lésion, cutanée, caractéristique, on avait comme VINCENT, soit cachectisé l'animal, soit associé à la pulpe diphtéroïde des cul-

tures virulentes, ou comme BLANCHARD, mortifié les tissus. Pareillement, les inoculations buccales positives ont été réalisées sur des muqueuses auparavant scarifiées, excoriées ou ulcérées et soumises à l'infection préalable des microorganismes de la cavité bucco-pharyngée.

ANGINE DE VINCENT ET SYPHILIS

La réalité de l'infection secondaire des lésions syphilitiques bucco-pharyngées par les fuso-spirilles est apparue très vite aux premiers observateurs qui ont étudié l'angine de VINCENT.

Dès 1899, FREYCHE, dans sa thèse, faisait allusion à un cas de chancre diphtéroïde de l'amygdale au niveau duquel l'association fuso-spirillaire avait été trouvée, en faible quantité il est vrai. Cette constatation, s'ajoutant au fait que la lésion ressemblait « à s'y méprendre à l'angine de VINCENT » devait, dit l'auteur, laisser en suspens le diagnostic de M. le Dr ESCAT jusqu'au moment où l'apparition de plaques muqueuses vient affirmer la nature de l'affection ».

L'année suivante (décembre 1900), LETULLE (déjà cité) — constatait à son tour la symbiose fuso-spirillaire à la surface de plusieurs syphilides ulcéreuses du voile — en même temps que sur diverses autres ulcérations buccales. Cette fois, les fuso-spirilles existaient non plus en petit nombre mais sensiblement en aussi grande abondance que dans l'angine ulcéro-membraneuse typique. D'autre part, l'auteur notait l'aspect « grisâtre, pulpeux, membra-

niforme » des lésions saprophytées. Il ne s'agissait donc pas seulement d'une trouvaille microscopique ; il y avait à proprement parler infection fuso-spirillaire secondaire revêtant des caractères cliniques identiques à ceux de l'infection primitive et réalisant par suite un véritable maquillage des lésions sous-jacentes.

Un fait analogue allait un peu plus tard, être rencontré par VINCENT qui l'a rapporté en ces termes : « Dans un cas, diagnostiqué par un de mes confrères, angine à bacilles fusiformes et qui se montrait rebelle au traitement, je pensai qu'il s'agissait sans doute d'une syphilis pharyngée ; les suites de la maladie donnèrent raison à mes préoccupations. »

Passant en revue — au cours d'un article consacré à l'étude des rapports du bacille fusiforme et de la syphilis — les éléments du diagnostic différentiel entre l'angine diphtéroïde primitive et les lésions spécifiques surinfectées par les fuso-spirilles, VINCENT retient plus particulièrement les deux signes distinctifs suivants :

1^o Dans la syphilis, dit-il, même assaisonnée d'infection fuso-spirillaire, les deux microbes n'ont pas l'abondance extraordinaire qu'ils affectent dans l'angine simple.

En outre, on les trouve mélangés à un grand nombre d'autres microorganismes différents (microcoques bacilles prenant le Gram).

Leur présence exclusive et en quantité parfois colossale plaidera au contraire en faveur de l'angine.

2^o L'angine simple correctement traitée (par les badigeonnages iodés que VINCENT considérait alors comme le traitement de choix) — cède rapidement. Lorsque la syphilis est en cause on assiste bien à la disparition des deux microbes associés sous l'action de l'iode, mais la lésion persiste.

Les observations qui suivent montrent que, si ces deux signes méritent d'être retenus, ils n'ont cependant qu'une valeur relative et peuvent être en défaut.

OBSERVATIONS

1^o Lésions syphilitiques primaires

Avant de passer en revue des observations plus détaillées notons les quelques brèves relations suivantes :

PAYENNEVILLE. — « Il peut se faire, comme nous avons eu l'occasion de le constater personnellement, qu'à une lésion qui cliniquement et *même bactériologiquement présente* tous les caractères d'une angine de VINCENT, soit associé un accident primitif sous-jacent ».

Louis RAMOND. — « J'ai vu un bel exemple de cette association du tréponème de Schaudinn à la fuso-spirillose — pendant la guerre chez un fringant maréchal des logis d'artillerie atteint d'un chancre de l'amygdale qui *cliniquement et bactériologiquement* aurait pu être pris pour une angine de VINCENT. »

M. CHEVALLIER. — « La dernière année de la guerre, on a rapporté à la tribune d'une société médicale une épidémie d'angine de VINCENT dans un contingent américain. Ce contingent fut affecté à une armée d'Alsace où j'étais chargé du dépistage et du traitement des syphilitiques : j'ai vu nombre de soldats dont le billet d'hôpital précédent portait : « Angine de VINCENT » et la preuve « Association fuso-spirillaire constatée » ; or, ces soldats étaient atteints d'accidents syphilitiques secondaires récents, chez la plu-

part d'entre eux on palpaît encore un très gros ganglion dur à l'angle de la mâchoire ; la roséole et les plaques muqueuses étaient apparues dans des délais habituels, aucune trace de chancre génital. Il ne pouvait faire de doute que les prétendues angines de VINCENT avaient été des chancres amygdaliens ».

FABRE et DREYFOUSS. — « Nous avons eu l'occasion d'observer un jeune soldat entré dans le service de l'un d'entre nous pour angine. L'aspect de l'ulcération amygdalienne nous fit penser à l'angine de VINCENT ; l'examen bactériologique fut d'ailleurs positif.

Le traitement fut institué, mais contrairement à notre attente les signes fonctionnels persistaient ; l'amygdale restait volumineuse, l'ulcération dépouillée cependant du putrilage qui la recouvrait au début n'accusait aucune tendance à la cicatrisation, l'adénopathie allait en augmentant. Une roséole intercurrente vint nous donner la raison de l'échec de notre thérapeutique. Cette angine rebelle n'était pas une simple angine de VINCENT, mais un chancre de l'amygdale compliqué d'infection fuso-spirillaire ».

Observation 1

Chancre mixte de l'amygdale (chancre syphilitique avec infection fuso-spirillaire surajoutée).

VIALLE, LE COCQ et RONCHÈSE in *Archives internationales de Laryngologie*, 1930, n° 5, p. 573.

Mlle X..., 20 ans, employée au service d'un de nos confrères s'éveille le 21 octobre, avec une très légère sensation de gêne à la déglutition du côté droit ; malgré cette petite gêne, et malgré une céphalée inhabituelle, la malade vaque à ses occupations, sans plus s'occuper de sa gorge.

Le lendemain 22 octobre, la malade dont la gêne pharyn-

gée a augmenté est examinée par le Dr Le Cocq. Les deux amygdales, les piliers et le voile présentent une rougeur diffuse peu intense. Un peu en dessous du pôle supérieur de l'amygdale droite, on note la présence d'une fausse membrane de couleur grisâtre, superficielle, irrégulière en coup de pinceau, de la dimension d'une pièce de vingt centimes en argent. Cette fausse membrane est très adhérente. L'haleine ne présente pas de fétidité particulière. Il existe une volumineuse adénopathie sous-sterno-mastoïdienne, mobile de consistance assez molle. L'état général est peu touché — Tout au plus la malade accuse-t-elle un peu de céphalée, de courbature et d'abattement. Température 38°. L'état général reste stationnaire pendant une huitaine de jours, mais pendant ce temps la lésion amygdalienne se transforme et prend l'aspect ulcéreux. Un prélèvement de l'exsudat pratiqué le 27 octobre et examiné par M. Ronchèse montre l'association fuso-spirochétienne de Bernheim-Vincent. Aucun bacille de Leöffler à l'examen direct ni à la culture. La malade est adressée le 31 octobre au laryngologiste.

Voici le résultat de l'examen du Dr VIOLE.

L'examen de la gorge montre au niveau du tiers supérieur de l'amygdale droite, sur la surface d'une pièce de un franc, une ulcération ovulaire profonde remplie d'un magma putrilagineux d'odeur infecte, après l'ablation duquel on voit apparaître un fond d'aspect jambonné qui saigne facilement. L'état général est peu touché et malgré une lassitude assez marquée, malgré un peu de céphalée et une fièvre légère (37°8) la malade continue à travailler. L'haleine est très fétide. Pas de ganglion sous-maxillaire perceptible, mais on note dans la partie haute de la région carotidienne droite, sous le sterno-cléido-mastoïdien une énorme adénopathie « en masse » du volume d'un œuf de poule, dans le bloc de laquelle il n'est pas possible d'individualiser les ganglions.

Le premier mouvement, en présence de ces signes cliniques, c'est de penser à une angine de VINCENT, le diagnostic paraît d'autant plus plausible qu'un prélèvement de l'exsudat amygdalien, examiné deux jours auparavant par M. RONCHÈSE, a montré la classique symbiose f. spirochet. de B. VINCENT. Cependant, si on échappe à la tentation du « diagnostic réflexe » et si on reprend méthodiquement l'examen de la malade, on constate que malgré un ensemble de symptômes plaidant en faveur de l'angine de VINCENT, quelques signes, néanmoins paraissent cadrer difficilement avec ce diagnostic.

On connaît la tendance extensive du chancre de VINCENT, sa bilatéralité fréquente, sa propagation coutumière au voile et aux piliers, le contour irrégulier et déchiqueté de ses bords. Or, chez cette malade dont l'affection évolue depuis déjà 10 jours, la lésion amygdalienne apparaît constituée par une ulcération unique à forme régulière d'ellipse peu allongée, avec intégrité complète des piliers et du voile. L'adénopathie sous sterno-mastoïdienne est bien volumineuse. L'état général est bien peu touché. Le fond de l'ulcère est de consistance mollasse mais tout autour le toucher isole une zone indurée perceptible autour du bout de l'index comme un véritable anneau de cartilage. L'unicité et la limitation de l'ulcération, le volume de l'adénopathie, la conservation de l'état général enfin et surtout la zone d'induration périphérique, autant de signes qui incitent à penser à un chancre mixte amygdalien.

On pratique alors un nouveau prélèvement de l'exsudat après avoir bien détergé l'ulcération du magma putrilagineux qui l'encombre et on envoie ce prélèvement au laboratoire pour examen bactériologique complet. Voici la réponse de M. RONCHÈSE : « L'examen à l'ultra-microscope de la sérosité de l'ulcération a été pratiqué le 31 octobre et le 3 novembre. Au cours des deux examens il a été constaté :

1^o Des spirilles très mobiles assez épais, ne présentant que quelques tours de spires très lâches.

2^o Quelques spirochètes peu mobiles grêles, présentant de 15 à 20 tours de spires très serrées. Ces spirochètes ont tous les caractères des tréponèmes pâles de SCHAUDINN-HOFFMANN, mais étant donné la variété des germes spirales pouvant se rencontrer dans la cavité buccale, nous ne croyons pas pouvoir affirmer d'une façon formelle leur identité avec les tréponèmes pâles ».

La réponse de M. RONCHÈSE nous apportait donc la précieuse confirmation de nos présomptions, mais elle ne changeait pas ces présomptions en certitude.

Quelle devait être notre conduite thérapeutique dans cette extrême probabilité (sans plus) de syphilis ? Evaluons, si l'on veut à 99 % les chances de syphilis chez notre malade. Il ne nous parut pas possible en raison de cette unique chance contraire, de révéler comme certain à la malade un diagnostic d'une telle gravité, ni de la soumettre au traitement de plusieurs années que ce diagnostic eut comporté. Nous décidâmes donc de lutter contre l'association fuso-spirochitienne par le classique bleu de méthylène, seul permis en la circonstance (car la glycémie arsénobenzolée aurait pu fausser la marche de l'affection) et de continuer nos investigations en ce qui touchait la syphilis. Nous pratiquons donc la réaction de B.-W. qui s'avère faiblement mais franchement positive, bien que l'observation des premiers symptômes ne remontât pas à plus de 10 jours. Si la réaction de B.-W. avait été négative, la question n'en eut pas été résolue pour cela, car cette négativité aurait pu signifier « absence de syphilis » tout aussi bien que syphilis primaire à la phase pré-sérologique ». Un seul et dernier moyen d'investigation nous fut alors resté : la ponction des ganglions et la recherche des tréponèmes dans le liquide de la ponction. La positivité du B. W. ayant tranché la question, nous pratiquâmes le même jour la

première injection arséno-benzolique, et nous renvoyâmes la malade pour la suite du traitement, au service de vénérologie de l'hôpital Saint-Roch.

Notons que notre ami, le Dr BAISSARGETTE, qui prit alors la malade en traitement trouva, lui aussi la lésion amygdalienne tellement atypique, que, avant de souscrire à notre diagnostic et de continuer notre thérapeutique, il demande au laboratoire des hôpitaux un nouveau contrôle sérologique. Ce dernier évidemment fut positif par le B.-W., le Hecht et le Vernes. Le traitement arséno-benzolé fut donc repris et poursuivi sans incident.

Nous avons cité textuellement cette longue observation car le commentaire des auteurs met bien en relief les difficultés du diagnostic dans ces cas de chancres de l'amygdale camouflés par l'infection fuso-spirillaire.

La première et la plus sérieuse est sans nul doute de ne point céder au réflexe qui fait qu'en présence d'une lésion ulcéro-nécrotique amygdalienne on pense d'emblée à l'angine de VINCENT et, qu'eût-on cliniquement des doutes, on s'arrête à ce diagnostic sur la foi d'un examen de frottis positif.

Cette première cause d'erreur évitée, le chancre soupçonné par les signes cliniques (adénopathie suspecte, induration) d'autres difficultés naissant aussitôt lorsqu'il s'agit d'acquérir rapidement la quasi-certitude, justifiant la mise en œuvre du traitement spécifique.

L'*ultra-microscope*, si précieux pour le diagnostic précoce des chancres génitaux, ne peut en effet apporter ici qu'un élément de présomption, mais non de certitude. Peu de bactériologistes seraient assez hardis pour affirmer la syphilis dans un milieu comme le bucco-pharynx infecté normalement de nombreux spirochètes dont la morphologie (de certaines variétés de *sp. dentium* en particulier) est très voisine de celle de l'agent de la syphilis.

M... Madeleine, 26 ans.

Entre à l'hôpital, le 22 septembre 1933, parce qu'elle souffre de la gorge et présente depuis 7 ou 8 jours, une « glande sous l'oreille droite ».

A l'examen, le 23/9/33, malade pâle, fatiguée.

L'amygdale *droite* très volumineuse, est occupée dans sa partie supéro-interne par une ulcération de l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50, recouverte d'un magma putrilagineux, blanc-jaunâtre, aspect d'angine de VINCENT. L'amygdale gauche est rouge, sans autre caractère pathologique.

Denture en mauvais état, fétidité de l'haleine. Adénopathie satellite sous angulo-maxillaire de la grosseur d'une noix, assez dure, peu douloureuse, bien limitée, impossible à mobiliser.

Toucher amygdalien : induration incertaine.

Pas d'éruption suspecte sur les téguments.

Pas d'adénopathie cervicale postérieure, ni maxillaire, ni sous-épitrochléenne, un ou deux petits ganglions inguinaux des 2 côtés, indolents, mobiles.

Examen génital négatif, sauf culs-de-sac un peu douloureux, surtout à droite.

Réflexes rotuliens, achiliens, pupillaires : normaux.

Divers appareils paraissant normaux.

Fébricule : 37°6, 37°8.

Examen microscopique de frottis : association fusospirillaire abondante, divers autres germes coexistants.

Ponction du ganglion, ensemencement sur :

Gélose T.

Bouillon de Sabouraud

} aucun élément microbien.

Recherche de tréponème négative.

Par contre :

— L'examen sérologique donne un résultat positif partiel (Dr DEMANCHE).

	Positif	Positif partiel	Suspect	Négatif
Hecht		++		
B. Wassermann } avec extrait simple.....		++		
} avec cholestérine		++		
Calmette-Mossol		+		
Floculation (Méthode de Kahn).		++		

2^o Examen sérologique 5 jours après, donnant cette fois un résultat *franchement positif*.

La malade est mise au traitement antisyphilitique et reçoit, suivant la méthode de Pollitzer, trois jours de suite, 0 gr. 90 de novar intraveineux les 27-28 et 29 septembre 1933, puis, à la consultation externe une série d'injections intra-musculaires de bivatol. Guérison locale en 3 semaines environ.

Le 3 novembre 1933, nouvelle hospitalisation pour injection les 4, 5 et 6 novembre, de 0 gr. 90 de novar quotidien. Les réactions sérologiques pratiquées le 4, restent douteuses :

	Positif	Positif partiel	Suspect	Négatif
Hecht			±	
B. Wassermann } extrait simple.....				—
} extrait cholestérine				—
Floculation (Méthode Kahn) ...			±	

Sortie le 8 novembre 1933, traitement bismuthique continué à la consultation externe.

Observation 3

MONCOUR et VERGER. — *Société d'anatomie et de physiologie normale et pathologique de Bordeaux* (séance du 2 décembre 1901).

Jeune fille de 20 ans, dont l'affection, remontant à trois semaines a débuté par une gêne de la déglutition et de la fièvre ; les amygdales étaient fortement congestionnées. Sur la gauche apparut bientôt un enduit grisâtre et persistant.

On constate actuellement (?) dans la fossette sus-amygdalienne droite l'existence d'une ulcération cratériforme profonde recouverte d'un enduit grisâtre facile à détacher.

La muqueuse du voile du palais, du pharynx est rougeâtre et l'on trouve quelques plaques grisâtres de la grosseur d'une lentille sur le pilier antérieur gauche.

Ganglions angulo-maxillaires volumineux et douloureux à droite.

Gêne légère de la déglutition.

Le 9 décembre (?), disparition de l'angine ulcéreuse, mais on constate l'existence de nombreuses plaques muqueuses, et d'une roséole confluyente sur le thorax.

Examen bactériologique des exsudats : bacilles fusiformes presque purs.

Cette observation est intitulée : angine à bacilles fusiformes ; syphilis coexistante. La simple coïncidence paraît pour le moins douteuse. L'imprécision des dates — et l'absence d'examen génital — ne permettent toutefois pas de conclure.

Observation 4

Chancre de l'amygdale avec Association fuso-spirillaire.
SOUCHET (de Rouen). in *Revue de laryngologie*, p. 165
(31 mars 1924).

Cette observation dit l'auteur concerne un malade « atteint de syphilis maligne précoce chez lequel le diagnostic clinique et bactériologique de l'accident initial amygdalien rencontra d'assez sérieuses difficultés du fait d'une angine de VINCENT venue le compliquer ».

« Ce malade âgé de 40 ans fut pris, au cours d'un voyage en Allemagne, d'une angine accompagnée de fièvre ; rentré dans sa famille, une dizaine de jours après le début des accidents, il nous fit appeler le jour même de son arrivée.

En examinant sa gorge, nous constatons, à ce moment les signes caractéristiques d'une angine de VINCENT. Rougeur assez vive du pharynx et des piliers antérieurs et postérieurs, gonflement marqué des deux amygdales lesquelles apparaissent recouvertes de fausses membranes blanchâtres s'enlevant assez facilement, laissant à leur place une ulcération profonde saignant facilement. Les deux régions sous-maxillaires se montraient empâtées, sensibles à la pression sans qu'il soit possible d'y retrouver les caractères de l'adénopathie indolente et dure de la syphilis. Il y avait de la fièvre, 39° le soir, avec très légère remission matinale ; faciès très fatigué, langue saburrale, conjonctives subictériques, urines rares et légèrement albumineuses. En présence de ces signes locaux et généraux nous pensâmes à une localisation amygdalienne fuso-spirillaire. Après avoir pratiqué un prélèvement au niveau de l'amygdale gauche, le laboratoire auquel nous avons fait appel nous répondait après un examen sur frottis et après un ensemencement : *Véritable feutrage de fuso-spirilles* dans le champ du microscope.

Nous ordonnâmes aussitôt le traitement classique chloraté et alcalin sous toutes ses formes. Bien que nous insistâmes sur cette médication, les accidents ne montrèrent aucune tendance à régresser ; à notre troisième visite, les deux amygdales étaient le siège d'une véritable mortification ; il existait en outre sur la paroi postérieure du pharynx buccal, en arrière du pilier postérieur gauche, deux plaques ulcéro-membraneuses de la grandeur d'une pièce de deux francs.

Notre attention était en outre attirée par quelques *macules apparues sur le front* et par *la présence au niveau des bourses de trois petites ulcérations croûteuses*. Ces premiers accidents furent rapidement suivies dans les jours qui succédèrent, d'une *éclosion d'accidents cutanés secondaires polymorphiques, papuleux, tuberculo-croûteux et ecthymateux* qui après avoir envahi la face, le cuir chevelu et les membres inférieurs, finit par se généraliser en corps entier.

La réponse du laboratoire ne paraissant pas s'accorder avec la marche clinique des lésions, nous lui demandons un nouvel examen. Cet examen pratiqué sur frottis, selon la technique de BURRI modifiée par HARRISON indiquée par PAYENNEVILLE dans un article de la *Presse Médicale* du 19 décembre 1918) permet de constater, outre la présence de nombreux spirilles avec bacilles fusiformes, l'existence de spirochètes ; le Wassermann était en outre positif total.

Devant ce résultat, le diagnostic de syphilis ne pouvait faire aucun doute, nous nous trouvions en présence d'un chancre de l'amygdale compliqué d'infection fuso-spirillaire. Le traitement intensif fut institué, un mois après le début approximatif des accidents, le malade est très amélioré il n'y a plus de fièvre, les accidents cutanés et amygdaliens sont en bonne voie de guérison.

Observation 5

Syphilis bucco-pharyngée, chancres multiples de la lèvre et des amygdales (ces derniers d'aspect diphthéroïde et surinfectés de bacilles fusiformes).

TEXIER et H. MALHERBE (résumée). — in *Annales des maladies de l'oreille*, 6 octobre 1905.

H. B..., 17 ans 1/2, vient consulter le 16 décembre 1904 pour mal de gorge durant depuis quinze jours et s'accompagnant depuis 48 heures de fièvre, frissons, asthénie marquée.

A l'examen :

Sur l'*amygdale gauche* existe une ulcération ovalaire à grand axe vertical, recouverte de fausses membranes grisâtres, à fond sanieux. Elle occupe toute la hauteur de l'amygdale et borde le pilier postérieur qui est sain. Antérieurement elle est séparée du pilier antérieur par une portion surélevée de l'amygdale qu'il faut récliner à l'aide d'un stylet pour la découvrir complètement. L'*amygdale droite* paraît coupée en biseau dans son tiers supérieur ; cette surface biseautée est recouverte de fausses membranes grisâtres.

Sur la lèvre supérieure, on constate une petite fissure médiane paraissant sans importance.

On palpe à droite, le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, un ganglion de la grosseur d'une noisette assez dur, mobile, peu douloureux à la pression.

Examen microscopique de frottis : *quantité énorme de bacilles de Vincent.*

Le diagnostic provisoire d'angine de VINCENT est porté.

Traitement : badigeonnages au bleu de méthylène.

Le malade est revu le 20 décembre : on est surpris de constater sur la lèvre supérieur projetée en avant, une

grosse ulcération croûteuse s'étendant de part et d'autre du tubercule terminant le sillon naso-labial ; la partie gauche atteint à peu près la largeur d'une pièce de un franc, celle de droite à peine le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50. Débarassée de ses croûtes, la lésion montre en son milieu une fissure antéro-postérieure lui donnant la forme de deux plans inclinés — sa limite postérieure, du côté de la muqueuse est arrondie en croissant et taillée en plan incliné. Cette ulcération est nettement indurée — elle rappelle dans son ensemble ce que l'on décrit sous le nom de chancre en volet.

Les lésions amygdaliennes ont le même aspect qu'au premier examen. Au toucher, elles donnent, la droite comme la gauche, une sensation manifeste de dureté.

Le diagnostic de chancres syphilitiques multiples est porté. La syphilis est bientôt confirmée par l'apparition, le 28 décembre, d'une éruption de syphilides lichénoïdes à petites papules, très confluentes sur la face et discrète sur le reste du corps.

Le malade est soumis à un traitement mixte ioduré et mercuriel. Au bout de 15 jours à 3 semaines, les lésions sont très améliorées et leur guérison est complète le 8 février.

Les auteurs soulignent la présence des nombreux bacilles fusiformes de l'exsudat des chancres amygdaliens. « Il est extrêmement fréquent, disent-ils, d'observer cette flore bacillaire dans les lésions syphilitiques pharyngées. »

L'infection fuso-spirillaire ne se borne pas à maquiller les seuls accidents primitifs de siège amygdalien. Elle peut faire de même pour des chancres de siège différent qu'ils soient buccaux ou génitaux. En voici quelques exemples :

le premier concernant : 1 chancre de la lèvre ;

les autres des chancres génitaux.

Observation 6

Ulcère de Vincent et chancre syphilitique de la lèvre.

MALHERBE (Nantes). — (*Gazette médicale de Nantes*, 2 décembre 1905).

Vers la fin d'août 1905, un jeune homme de 27 ans, fort et vigoureux, n'ayant jamais fait de maladie grave, se présente pour une ulcération siégeant sur le côté gauche de la face interne de la lèvre supérieure. En retournant la lèvre, on voit s'étaler sur la muqueuse une ulcération, genre de VINCENT, ayant les dimensions d'une pièce d'un franc. Elle est parfaitement orbiculaire, un peu surelevée quant aux bords et recouverte d'une fausse membrane, ou enduit crémeux d'un jaune sale. La lésion est douloureuse à la pression et au contact, elle gêne pour la mastication ; saisie entre deux doigts elle n'offre pas de dureté ou rénitence. Sur le bord gauche du maxillaire inférieur, il existe un petit ganglion à peine tuméfié et indolore. Le reste de la muqueuse buccale ou pharyngée est saine. On diagnostique : ulcère type VINCENT et l'on fait des préparations microscopiques de l'exsudat. Les préparations examinées après coloration au violet gentiane montrent au milieu d'autres germes d'abondants spirochètes et de nombreux bacilles en fuseau. Le diagnostic paraissait donc être exact.

Le malade est traité par des frictions biquotidiennes au chlorure de chaux en poudre. Mais le résultat thérapeutique, fut loin d'être aussi brillant que de coutume, Trois semaines plus tard, l'ulcération ayant perdu ses *caractères de stomatite ulcéro-membraneuse* existait encore sous forme de fissure à bords épais et résistants. On commence à penser au chancre induré. Mais interrogé à ce sujet le malade nie tout contact en dehors de sa maîtresse attitrée. On se borne à toucher la plaie avec un collutoire boraté de cocaïne.

Dans la première quinzaine d'octobre le malade revient avec une éruption cutanée diffuse existant depuis 8 à 10 jours. Il porte en effet sur la figure, le front, les joues, le nez, le menton de grosses papules d'un rouge bistre, presque ulcérées pour quelques-unes. Il en existe sur le dos, la poitrine, les cuisses, les mains et les bras, mais elles sont moins confluentes que sur la face. Sans le moindre doute, il s'agit d'une éruption de syphilis secondaire.

La lésion de la lèvre était donc bien un chancre. Cette lésion est aujourd'hui guérie ; mais il y a à sa place une plaque muqueuse ulcéreuse (??). Semblables lésions se voient également sur la face interne de la lèvre inférieure et sur les amygdales.

Soumis alors au traitement spécifique, piqûres de bi-iodure de Hg. en solution isotonique et absorption de troigrammes de iodure de K par jour en raison de l'état ulcéreux du chancre, le malade s'améliora rapidement.

PAYENNEVILLE (déjà cité) relate brièvement le fait suivant de *chancre génital avec infection fuso-spirillaire surajoutée*. Il s'agit d'une femme venue consulter pour « une lésion ulcéreuse de la grande lèvre, recouverte d'un enduit diphtéroïde ». Sur cette lésion qui datait de près d'un mois et présentait les caractères d'un chancre avec adénopathie satellite, un examen à l'ultra ne décelait que de nombreux spirilles avec bacilles fusiformes. Très étonné, dit l'auteur, on fit un B.-W. qui fut positif total. Des tréponèmes furent ultérieurement trouvés après détersion soigneuse de l'ulcération.

Observation 7

Association de spirilles et bacilles fusiformes dans un chancre syphilitique de la verge à tendance phagédénique.

LAUNOIS-LOEDERICK. — *Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 30 juin 1906, p. 601).

Sujet italien, de 24 ans.

Depuis un mois environ a remarqué que son prépuce a augmenté de volume et que sa peau s'est couverte d'une éruption non prurigineuse. Ces accidents sont apparus 30 jours après un coït suspect « dans lequel la bouche n'a joué aucun rôle ».

L'œdème du prépuce n'empêche pas de sentir, au premier examen, une induration diffuse sous-jacente. Par l'orifice du fourreau s'écoule un liquide purulent, verdâtre, peu abondant.

Corde lymphangitique dorsale et adénopathie bilatérale indolore. Sur tout le tégument, éruption papulo-érosive et acnéiforme assez confluyente, et sur la muqueuse du pilier gauche du voile du palais, érosion qui peut faire penser à une plaque muqueuse.

4 jours après l'entrée — l'œdème préputial ayant diminué — le malade peu décalotter. On constate dans la partie gauche du sillon balano-préputial, une ulcération reposant sur une base indurée, rouge jambonnée et recouverte d'un enduit grisâtre. Sur la partie gauche du gland siègent de petites ulcérations, présentant une coloration rouge vif, quand on détache la couche de pus qui les recouvre.

Du liquide est recueilli, après essuyage et léger grattage, à la surface de ces différentes ulcérations en même temps qu'une goutte de pus.

Les préparations sont traitées ainsi : fixation à l'alcool

éther pour les unes, à l'alcool absolu pour les autres — coloration par le bleu de méthylène en solution aqueuse simple pendant trois minutes, par le bleu d'azur, pour le réactif de GIESMA, pour celui de MARINO.

L'examen des lames décèle au milieu des globules de pus et d'hématies — de nombreux microbes. Les uns sont des cocci, les autres sont fusiformes. Au milieu de ces germes se trouvent des spirilles les unes à tours de spires très serrés — les autres à tours de spires lâches. Les spires de la première variété sont si nombreuses qu'on en rencontre toujours trois au quatre sous le champ du micro.

Un examen direct entre lame et lamelle, permet d'observer les mouvements oscillants de certaines de ces spirilles.

L'évolution du chancre suivit son cours normal. Celles des petits ulcères fut plus caractéristiques elles d'étendirent, se rejoignant bientôt et se creusant pour constituer une véritable ulcération phagédéniques. A un nouvel examen bactériologique on constata une abondance extrême de microbes, cocci, quelques bacilles fusiformes et quelques rares spirilles.

Ponction de ganglion (à gauche) = ni spirilles ni éléments microbiens.

VINCENT (disent les auteurs) a examiné les premières préparations ; il distingue les deux formes spirillaires, reconnut la présence des spirochètes de SCHAUDINN d'une part et l'association fuso-spirillaire d'autre part.

Dans cette observation ancienne — il est très probable que les spirochètes constatés n'étaient que de pseudo-tréponèmes (inconnus au moment de la publication des auteurs). L'existence de ces pseudo-tréponèmes est aujourd'hui bien démontrée — ils ont été constatés notamment dans quelques cas d'angines de VINCENT, non seulement à l'ultra-microscope (LE PLAY et SÉZARY) mais même au simple examen microscopique des frottis (en santutuli

des techniques de coloration avec mordançage) (COLLET et HORAND).

L'observation n'en conserve pas moins sa valeur en raison de la netteté des signes cliniques (éruption de syphilitides papulo-érosives et acnéiformes en particulier).

Observation 8

Chancres syphilitiques de sillon balano-préputial avec gangrène fusospirillaire du fourreau, ayant seule retenu l'attention initialement.

GATÉ-CUILLERET et THEVENON (résumée). — *Bulletin de la Soc. franç. de Dermatologie*, séance du 19 mai 1932 et du 16 juin 1932.

... Malade présentant un phimosis inflammatoire avec vaste ulcération du fourreau détruit sur une surface ovale, assez régulière, enchâtonnant le gland. L'orifice normal du prépuce est rejeté sur la droite laissant échapper du pus verdâtre. Par la fenestration on voit sur le gland des lésions superficielles de balanite érosive ; pas d'écoulement urétral — le sillon balano-préputial que l'on découvre en écartant légèrement les bords de la zone fenestrée, est plus profondément ulcéré dans toute son étendue ; il saigne au moindre contact et est le siège d'une exsudation pseudo-purulente très malodorante.

Aux aines plusieurs petits ganglions durs isolés, sans périadénite, légèrement sensibles.

— Frottis avec le pus recueilli au niveau de l'orifice préputial et dans le sillon : très nombreux fusospires — pas de gonocoque.

— La sérosité exsudée des bords de l'ulcération ne contient pas de tréponème mais de très nombreux fusospires.

- Cuti-inoculation et intra-dermo-inoculation négatives.
- Intra-dermo réaction au Dmelcos négative.
- Ponction d'un des ganglions inguinaux : pas de tréponème — aucun élément microbien.
- Cependant le B.-W. est très positif.

Malgré cette constatation les auteurs portent tout d'abord le diagnostic de : gangrène fuso-spirillaire simple du fourreau de la verge.

« Il n'est pas possible, disent-ils, d'expliquer la réaction sérologique positive par l'existence d'une syphilis contemporaine de l'infection fuso-spirillaire, la date trop récente des accidents permettant d'éliminer aisément une telle interprétation. On pourrait admettre par contre que le malade est un syphilitique ancien mais rien n'autorise à soulever une telle hypothèse.

... Il est logique de dire qu'il ne s'agit que d'une sérologie d'accompagnement due à l'infection fuso-spirillaire comme on l'a déjà signalé dans d'autres observations. Quoiqu'il en soit terminent-ils, nous établirons chez le malade une surveillance clinique et sérologique suffisamment prolongée pour déterminer avec certitude la signification de cette réaction positive ».

M. GATÉ prenant la parole ajoute : « Je retient ici l'interprétation à accorder à la réaction de Wassermann très positive que présente ce malade. Étant donné que ses lésions actuelles ne remontent qu'à une huitaine de jours, la sérologie positive ne peut se rapporter à une syphilis primaire, d'ailleurs non confirmée par la recherche des tréponèmes dans la lésion génitale et le suc ganglionnaire ».

Or, à la séance suivante de la *Société de Dermatologie* les auteurs font connaître que : « depuis, une roséole papuleuse des plus typiques est venue signer la syphilis de ce malade.

Il s'est donc agi en définitive, d'un accident primitif du sillon balano-préputial passé inaperçu et secondaire-

ment compliqué d'une balanite érosive gangréneuse fusospirillaire » (la gangrène localisée a complètement guéri avant même la mise en œuvre du traitement).

2^o Lésions syphilitiques secondaires

Observation 9

Syphilis secondaire et ulcérations de la voûte palatine et des amygdales, avec association fusospirillaire.

H. MOUTOT. — *Lyon médical*, 1906, tome I, p. 1287.

Eugénie C., 28 ans. Entre le 28 avril 1906. Il y a environ trois mois : a présenté à la lèvre inférieure un petit bouton dont l'évolution fut rapide (disparition au bout de deux ou trois jours, après une simple cautérisation). La malade ne peut renseigner sur l'état des ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens, à cette époque.

Un mois et demi après, serait apparue une roséole maculeuse prédominant sur l'abdomen, en même temps qu'une plaque muqueuse vulvaire. Le médecin qui vit la malade à ce moment ordonna des frictions à l'onguent napolitain.

Il y a 15 jours, à la suite du traitement se produisit un début de stomatite mercurielle (salivation abondante, gonflement des gencives avec hémorragies faciles) et en même temps apparaissait sur la voûte palatine, une ulcération qui depuis, est allée en augmentant se recouvrant d'une membrane blanchâtre.

Le 28, à l'examen d'entrée, ganglions durs, augmentés de volume des deux côtés aux aînes. Chapelet de ganglions cervicaux.

Au cou, début de syphilides pigmentaires.

Chute abondante des cheveux. Céphalée persistante.

La lésion palatine occupe actuellement presque toute la voûte s'étendant des gencives à la partie membraneuse du voile. Elle est circonscrite par un sillon net rouge vif ; elle est ulcérée. Cette ulcération est recouverte d'une fausse membrane, ou plutôt d'un enduit blanc, grisâtre, sanieux, se détachant facilement. La lésion détergée saigne facilement ; elle est douloureuse à l'exploration et lors du passage des aliments.

En outre, les deux amygdales sont rouges, un peu hypertrophiées. Elles présentent dans leur moitié supérieure des plaques ulcéreuses petites, recouvertes d'un enduit grisâtre tout à fait analogue à celui de l'ulcération de la voûte palatine. La malade a de la douleur à la déglutition, haleine fétide.

Ganglions sous-maxillaires perceptibles, durs.

Examen microscopique :

1^o Au niveau de l'ulcération, association fusospirillaire typique, très riche, presque pure, quelques colonies peu nombreuses de cocci.

2^o Au niveau des amygdales, on retrouve l'association fusospirillaire typique, mais les bacilles fusiformes et les spirilles sont en moins grand nombre que dans les ulcérations de la voûte. Par contre il existe à côté d'eux une flore microbienne très riche et très variée où prédominent cependant des cocci gardant le Gram.

Le traitement institué a été double : local (acide chromique) et général : mercure contre la syphilis.

Depuis trois jours seulement que la maladie est ainsi traitée, les lésions sont très améliorées.

L'auteur considère qu'il s'agit là d'ulcérations syphilitiques de la voûte palatine et des amygdales secondairement infectées par la symbiose fusospirillaire.

Il fait remarquer combien dans ce cas l'infection fusospirillaire a pu imprimer aux lésions sa physionomie propre.

Observation 10

Dans un travail ultérieur :

Symbiose fuso-spirillaire dans onze cas de lésions ulcéreuses bucco-pharyngiennes.

Lyon Médical 1906, tome II, p. 687, du même auteur, sont relatées brièvement deux autres observations de plaques muqueuses avec infection fuso-spirillaire surajoutée :

Marie G..., 24 ans, hospitalisée en juin 1906 pour condylomes de la vulve. Elle présente en outre des plaques muqueuses du palais et des piliers avec exsudat diphtéroïde. L'amygdale droite est creusée à sa partie supérieure d'une cavité anfractueuse emplie d'un magma épais et fétide. Cessation de l'aspect diphtéroïde des lésions après 6 à 8 jours (eau oxygénée) mais persistance des plaques muqueuses.

Pas de tréponèmes.

Observation 11

Louise G..., 20 ans a un chancre syphilitique en juin 1905. Se présente en août 1906 avec des plaques muqueuses de la langue, du voile du palais et des amygdales, recouvertes d'un exsudat blanchâtre, peu adhérent. Fétidité de l'haleine, ganglions un peu empatés. Examen bactériologique = symbiose fuso-spirillaire nette mais très nombreux cocci. Pas de tréponèmes.

MONTOT note que dans ces deux dernières observations il y avait une association microbienne riche mêlée à la symbiose fuso-spirillaire. Il confirme donc sur ce point l'opinion de VINCENT pour qui la symbiose ne se trouve jamais à

l'état aussi pur dans les lésions syphilitiques surinfectées que dans les lésions fuso-spirillaires primitives.

Mais il ajoute aussitôt — enlevant ainsi à la remarque précédente une grande partie de sa valeur. « Cette richesse microbienne diminue d'ailleurs dans les cas où elle est en association avec les fuso-spirilles à mesure que l'on se rapproche du fond de l'ulcération.

Et il conclut — en montrant, comme dans sa première observation, combien la symbiose fuso-spirillaire imprime son cachet particulier sur les lésions qu'elle surinfecte et leur donne à toutes « un air de famille malgré leur diversité ».

Examen microscopique : symbiose fuso-spirillaire très marquée dans l'exsudat diphtéroïde : les spirilles sont peu ondulés à tours de spire très lâches ; en association, quelques diplocoques encapsulés. Dans le magma amygdalien, symbiose fuso-spirillaire pauvre, association microbienne très riche (petits cocci et leptothrix).

Observation 12

ESCAT. — *Syphilides secondaires ulcéreuses amygdaliennes à allure d'angine de VINCENT.*

C., jeune homme de 20 ans, sur le point de partir pour le régiment, se présente fin octobre 1910, avec une amygdalite ulcéreuse bilatérale ; le fond des ulcérations est pulpeux, grisâtre, crayeux, atone ; adénite sous angulo-maxillaire bilatérale ; état général encore très bon. On trouve les microorganismes de VINCENT dans l'exsudat.

Je prescris des gargarismes et collutoires antiseptiques et le malade disparaît pendant près de deux mois.

Je le revois en décembre très amaigri, donnant l'impression d'un tuberculeux au 3^e degré. Il vient d'être réformé au corps, dans une ville de l'Est, pour tuberculose pharyn-

gée et pulmonaire ; les lésions pharyngées ont pris un véritable caractère phagédénique ; les amygdalès ont disparu et le voile est fortement entamé. Pas de bacille dans les exsudats. Je reviens au diagnostic de syphilis *pensant que l'accident primitif a dû être un chancre primitif méconnu de l'amygdale rapidement suivi de syphilis secondaire maligne ulcéreuse*. Je prescris tout simplement des frictions hydragyriques et 4 grammes d'iodure de K par jour : 8 jours après amélioration notable ; un mois après cicatrisation des lésions et rétablissement complet de l'état général. J'ai revu ce malade en 1926 très bien portant, marié et père de deux enfants sans manifestations spécifiques.

3° Lésions syphilitiques tertiaires-gommes

DE LAVERGNE, déjà cité, écrit :

« Dans d'autres cas, son point de départ (de l'infection fuso-spirillaire) est représenté par des lésions syphilitiques. Récemment nous avons pu en observer un cas très net : un malade est hospitalisé pour angine de VINCENT ; il en présente en effet tous les signes ; mais l'affection avait débuté par une tumeur de l'amygdale qui s'était ouverte et l'angine de VINCENT avait été consécutive. De nombreuses syphilides tertiaires et un Wassermann positif témoignaient que ce sujet avait eu une gomme de l'amygdale et que dans la cavité produite par sa fonte, l'infection fuso-spirillaire s'était développée. »

Observation 13.

ESCAT. — (In *oto-Rhino-Laryngologie internationale*, juin 1927).

A. R. femme de 42 ans, traitée depuis 4 mois pour angine de VINCENT récidivante siégeant sur l'amygdale gauche. Le bacille de VINCENT a été trouvé à deux reprises dans un laboratoire de ville. Lésion ulcéreuse siégeant sur le pôle supérieure de l'amygdale gauche et ayant intéressé le tiers supérieur du pilier antérieur : fond pulpeux grisâtre. Le bacille de VINCENT est retrouvé. Néanmoins nous diagnostiquons : *gomme du voile et de l'amygdale localisée au recessus palatin*. Cette malade a une ulcération térébrante de la plante du pied actuellement cicatrisée et qui a guéri par l'iode de K. ; elle a eu il y a 20 ans une fausse couche de 5 mois.

Le traitement ioduré (4 grammes par jour) et de simples gargarismes antiseptiques au phénosalyl sont prescrits. Guérison rapide en moins de 15 jours, de l'ulcération pharyngée qui trainait depuis 4 mois.

Observation 14

ESCAT (*loc. cit.*).

Homme de 38 ans, adressé par un laryngologiste qui, après un examen de laboratoire ayant décelé la présence du bacille de VINCENT, traite ce malade par des badigeonnages au bleu de méthylène. Il s'agit d'une *ulcération phagédénique étendue de la fossette sus-amygdalienne gauche à la base de la luette ; voile et luette sont atteints d'infiltration phagédénique gommeuse manifeste*. Interrogé, le malade avoue la syphilis. Il a un fils âgé de 9 ans atteint d'épi-

lepsie ; sa femme a eu un enfant mort-né presque à terme. Guérison en moins de 15 jours par le seul traitement ioduré à 4 grammes par jour.

Observation 15

ESCAT (*loc. cit.*).

Mme S. F., 46 ans. Se plaint de dysphagie depuis trois mois. Lésions ulcéreuses des deux amygdales palatines et du bord correspondant du voile des deux côtés. Traitée sans succès depuis trois mois pour angine de VINCENT contrôlée par l'examen bactériologique. Je diagnostique *syphilis tertiaire du voile et du naso-pharynx* (dans cette cavité les lésions sont très étendues).

Le médecin traitant applique successivement le traitement au biiodure de Hg en piqures puis aux sels de bismuth. Gingivite intense — pas de résultats appréciables — je conseille l'iodure de K qui amène la guérison très rapidement.

4° Lésions hérédo-syphilitiques

Observation 16

ESCAT (*loc. cit.*).

B. garçon de 14 ans 1/2, adressé par son médecin traitant qui le soigne depuis un mois sans succès par le bleu de méthylène pour ulcération du voile du palais dans laquelle on a trouvé les bacilles de VINCENT.

Le voile présente sur une base infiltrée et sur une muqueuse très rouge, une ulcération à bords découpés ayant tous les caractères d'une gomme.

Comme antécédents : mère syphilitique : deux enfants morts-nés à 7 ou 8 mois. Hérédo-syphilis manifeste chez le sujet de l'observation et B.-W. positif. Guérison complète des lésions pharyngiennes en moins de 15 jours, avec le traitement ioduré et des frictions mercurielles.

Observation 17

ESCAT (*loc. cit.*).

V. M. fillette de 10 ans.

Hérédo-syphilitique avérée, traitée pour lésions ophtalmiques spécifiques. Syphilis gommeuse ulcéreuse de l'amygdale droite et des piliers correspondants. Ulcération à fond pulpeux et crayeux, dans laquelle on décèle le bacille de VINCENT et des spirilles ; a guéri rapidement par les traitements ioduré et mercuriel successivement institués.

ANGINE DE VINCENT ET LÉSIONS AMYGDALIENNES DIVERSES

I. — Angine de Vincent et cancer de l'amygdale

Les radio- et curiéthérapeutes ont appris depuis longtemps à lutter contre l'infection secondaire des cancers ulcérés. Celle-ci, en effet, lorsqu'elle est très marquée et étendue à toute la masse néoplasique, n'a pas seulement pour inconvénient de diminuer la radiosensibilité ; elle peut être à l'origine de complications septiques désastreuses en raison du coup de fouet qu'elle paraît recevoir de l'irradiation.

Etudiant la flore microbienne des cancers buccaux, RIGAUD et ses collaborateurs, ont constaté que « le cas de beaucoup le plus fréquent est celui où l'on trouve dans le produit de râclage des surfaces ulcérées — des spirilles seuls ou associés au bacille fusiforme de VINCENT ». Les mêmes auteurs ont à plusieurs reprises attiré l'attention sur le fait que, si dans les cancers utéro-vaginaux, le streptocoque était l'agent microbien le plus à redouter, dans les néoplasmes de la bouche, les infections secondaires à fuso-spirilles jouaient un rôle important (par les

complications parfois à allure de noma, auxquelles elles peuvent participer).

L'observation suivante, que nous devons à la très grande obligeance de M. le Dr AUBIN, laryngologiste des hôpitaux, montre que l'association fuso-spirillaire ne mérite pas seulement d'être considérée à ce dernier point de vue. Elle ne se borne pas à envahir les cancers avancés ou cliniquement manifestes. Elle est capable de se développer sur un cancer au début et si celui-ci intéresse l'amygdale, de simuler une simple angine de VINCENT d'où une perte de temps particulièrement préjudiciable au malade.

Observation 13 (inédite)

Dr A. AUBIN. — *Angine de Vincent sur cancer de l'amygdale.*

Monsieur B..., 56 ans, vient consulter pour une dysphagie droite apparue depuis une huitaine de jours, et dont la persistance l'inquiète.

La déglutition de salive exagère vivement cette dysphagie, et s'accompagne d'otalgie.

L'état général est très peu touché, il n'y a qu'un léger malaise ; le malade peut continuer ses occupations ; la température est chaque soir de 37°8, 38°.

L'examen de la gorge montre une rougeur diffuse et œdémateuse du pilier antérieur droit et de la fossette sus-amygdalienne, qui masque la région amygdalienne. Le pilier postérieur est, au contraire, presque normal. En réclinant le pilier antérieur, on constate qu'il existe sur l'amygdale un enduit jaunâtre, putrilagineux, que l'on

détache sans difficulté au porte-coton ; au-dessous de lui, on trouve une surface anfractueuse, saignant facilement ; seul, le pôle inférieur de l'amygdale est intact, mais rouge et luisant. L'exploration douce au porte-coton, montre que toute cette région est dure, infiltrée.

L'amygdale gauche est normale.

La gencive qui borde le collet des 2 molaires inférieures droites, est rouge, tuméfiée en bourrelet et ulcérée sur son bord libre.

Dans la région sous-angulo-maxillaire, il existe un ganglion unique, de la grosseur d'une noisette ; il est dur, un peu douloureux, sans péri-adénite.

Le diagnostic d'angine de VINCENT est posé. On prescrit des gargarismes faiblement antiseptiques, des badigeonnages de l'amygdale au novarsénobenzol.

L'amélioration est très lente, la fausse-membrane jaunâtre a encore tendance à se reproduire, l'ulcération se creuse, l'inflammation des piliers persiste atténuée ; la température tombe, mais il existe encore une gêne de la déglutition. Et au quinzième jour, on ne peut encore parler de guérison.

Le malade est perdu de vue à ce moment pendant une quinzaine de jours, et nous l'examinons 5 semaines après le début des accidents.

La déglutition est restée pénible, et certains mouvements de la langue sont un peu douloureux, en particulier ceux de propulsion. La température est tombée, et l'état général est bon.

L'aspect de la gorge est devenu caractéristique : le pilier antérieur encore rouge, circonscrit maintenant jusqu'à la langue, une ulcération amygdalienne à fond végétant, qui saigne au moindre contact ; le miroir laryngé montre qu'elle se continue sur le bord latéral de la langue au niveau du V lingual, sur une longueur de 1 cc. environ. La palpation est douloureuse, et révèle une induration

cartonnée de la région amygdalienne, qui reste un peu figée dans les mouvements de phonation.

A droite, au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, il persiste toujours un petit ganglion dur, indolore.

Cliniquement, on pense se trouver en présence d'un épithélioma de l'amygdale droite. Le diagnostic clinique est vérifié par une biopsie faite sur la bordure de l'ulcération.

Ainsi, une « angine de VINCENT » s'est développée sur une ulcération néoplasique de l'amygdale encore latente. Elle l'a « camouflée » quelque temps et le diagnostic exact n'a été posé que tardivement, au moment où le masque est tombé.

L'observation suivante — bien que ne concernant pas une angine de VINCENT, greffée sur une lésion amygdalienne néoplasique — nous paraît avoir sa place ici.

Observation 19

Angine de Vincent ayant simulé une lésion néoplasique de l'amygdale gauche et survenue à la fin d'un traitement radiothérapique pour sarcome du plafond de l'orbite du même côté.

Recueillie à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Docteur LESNÉ que nous remercions de la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous autorisant à la reproduire.

Dr... Victor. 11 ans.

Histoire : Au début d'octobre 1933, les parents constatent que l'enfant qui rentre de vacances, est porteur au niveau de la paupière supérieure gauche d'une grosseur augmentant rapidement de volume.

Le malade est d'abord conduit au Quinze-Vingts où on lui fait une série d'injections intraveineuses (de cyanure de mercure probablement).

Au premier examen le 29-11-33. On constate : une tumeur du volume d'une grosse noix siégeant à la partie antéro-externe de l'orbite gauche, dure, non douloureuse, lisse, soulevant, la paupière supérieure dont la peau présente un peu de circulation collatérale.

Le globe oculaire est rejeté en bas et en dedans, ses mouvements vers le haut sont supprimés.

Réflexes à la lumière normaux ; diplopie manifeste (si l'on montre un doigt à l'enfant il dit voir deux doigts l'un au-dessus de l'autre).

Pas de nystagmus horizontal ni vertical. Bourdonnements d'oreille du côté opposé à la tumeur. Rien de particulier à l'otoscopie.

Aucun signe cérébelleux.

Réflexes rotuliens très vifs.

Réflexe cutané plantaire en flexion.

Divers appareils normaux.

L'enfant reçoit une série mixte de sulfarsénol et de cyanure de mercure.

29-11-33	0,01	16-11-33	0,01
1-12-33	0,06	19-11-33	0,24
2-12-33	0,01	20-11-33	0,01
6-12-33	0,12	22-11-33	0,24
8-12-33	0,01	23-11-33	0,01
10-12-33	0,15	26-11-33	0,24
13-12-33	0,01	27-11-33	0,01
15-12-33	0,18		

Les signes semblent être localisés à l'orbite, aucun symptôme de localisation nerveuse.

A noter pendant la cure : toux incessante nocturne le 13-12-33. Rien à l'auscultation.

Mais légère submatité à la base gauche.

Le 22-12-33. Etat stationnaire, petit état syncopal avant l'injection.

Le 26-12-33. Enfant très fatigué. Anorexie — toux — vomissements.

Demande à rester coucher.

Radio pulmonaire : hiles chargés (début janvier).

Est envoyé alors à Saint-Antoine (Dr SOLOMON) pour traitement radiothérapique..

3-2-34. Revient après 20 séances de radiothérapie.

Amélioration considérable de l'état local, la tumeur a disparu.

Mais : Se plaint depuis quelque temps de douleurs dans le sacrum (à ce niveau deux séances de radiothérapie).

Radiodermite du bassin. Lésions eczémateuses des avant-bras. Anorexie. État général mauvais, pâleur accentuée.

En outre : gros ganglion cervical gauche, hospitalisé le 8-2-34. Température à 39°.

10-2-34 enfant très pâle, amaigri, touse.

Rien toujours à l'auscultation.

Rate, perceptible sur deux travers de doigts, palpable dans les inspirations profondes.

Cœur — foie = 0 — ni sucre — ni albumine dans les urines.

Adénopathie sous-maxillaire très dure légèrement douloureuses à la palpation, sans périadénite.

Mobile sous la peau, légèrement adhérente aux plans profonds.

Réflexes vifs.

Examen du sang.

Globules rouges	2.500.000
Globules blancs.....	5.000

Taux d'hémoglobine 70 %.

Polynucléaires neutrophiles	16 %
Grands mononucléaires	8 %
Moyens	31
Lymphocytes	8
Grands lymphocytes ou cellules de Turck	7
Myélocytes	1
Monocytes	3
Cellules indifférenciées	26

12-2-34, gorgé rouge, énorme fausse membrane sur l'amygdale *gauche*, grisâtre, fétide, avec ulcération sous-jacente, aspect d'angine de Vincent.

Adénopathie sous-angulo-maxillaire du volume d'une petite noix, *très dure et fixée*.

14-2-34. Examen microscopique de frottis : association fuso-spirillaire très abondante surtout riche en spirilles qui forment un véritable feutrage autres germes divers associés, quelques polynucléaires.

Ensemencement : staphylocoques.

2^o Examen de sang.

Globules rouges	2.000.000
Globules blancs	6.000
Taux hémoglobine	55 %
Polynucléaires neutrophiles	21
Grands mononucléaires	18
Moyens	37
Grands lymphocytes ou cellules de Türk	20
Myélocytes	2

16-2-34. Même aspect clinique.

Au toucher amygdalien : induration profonde.

18-2-34. Une biopsie est pratiquée.

Contrairement à toute attente la fiche de biopsie mentionne :

Absence de processus néoplasique (Dr Ardouin).

Lésion d'amygdalite ulcéreuse et nécrose (Dr Ardouin).

Ultérieurement, l'amygdale se nettoie et se répare assez rapidement, l'adénopathie se résout parallèlement.

23-2-34. Examen de sang.

Globules rouges	1.300.000
Globules blancs.....	6.000
Taux hémoglobine	30 %
Polynucléaires neutrophiles	50
Grands mononucléaires	2
Moyens	46
Lymphocytes	15
Cellules de Türk ou grands lymphocytes	17

Les parents reprennent l'enfant dont l'état général est de plus en plus mauvais.

L'étiologie de l'angine de VINCENT survenue chez ce malade ne peut qu'être discutée. Toutefois, étant donné les irradiations de voisinage, le diagnostic de radio-nécrose amygdalienne avec infection fuso-spirillaire surajoutée n'est pas invraisemblable. On peut aussi se demander si le processus fuso-spirillaire n'a pas été en rapport avec les perturbations sanguines dont témoigne la formule leucocytaire. Quoiqu'il en soit, la nature primitive de la fuso-spirillaire amygdalienne est difficile à soutenir.

II. — Angine de Vincent et tuberculose

La rareté de la tuberculose amygdalienne primitive fait qu'on aura bien peu souvent l'occasion de la découvrir sous le masque d'une angine de VINCENT, comme c'est le cas dans l'observation suivante. Celle-ci — encore qu'elle concerne une forme particulièrement exceptionnelle de bacillose pharyngée — n'en conserve pas moins, du point de vue qui nous occupe, tout son intérêt.

Observation 20

Tuberculose miliaire pharyngée subaiguë d'Isambert, avec infection fuso-spirillaire surajoutée.

ESCAT.

Jeune fille de 22 ans, traitée depuis plus de deux mois pour angine de VINCENT contre laquelle ont été essayés en vain, le bleu de méthylène, l'arsénobenzol, le chlorate de K, la liqueur de Labarraque. L'examen du pharynx montre qu'il s'agit d'une tuberculose miliaire du pharynx qui a déjà détruit l'amygdale droite et une partie du voile : l'examen laryngoscopique révèle des lésions semblables de l'épiglotte et des arythénoïdes. Un prélèvement des enduits soumis à l'examen sur lamelle confirme néanmoins l'association de l'infection fuso-spirillaire.

III. — Angine de Vincent et amygdalite cryptique ulcéreuse

Cette curieuse affection décrite presque simultanément par MOURE et MENDEL, en 1895, présente à sa période d'état la plus grande ressemblance avec l'angine de VINCENT. L'ulcération qui la constitue est en effet, toute différente de ces petites érosions cupuliformes presque microscopiques qu'il n'est pas rare d'observer dans certaines amygdalites lacunaires aiguës banales.

D'après tous les auteurs qui l'ont décrite, il s'agit d'une perte de substance beaucoup plus importante, creusée en cratère et pouvant atteindre les dimen-

sions d'une pièce de 0 fr. 50 ; d'où le nom d'amygdalite ulcéreuse chancriforme que lui avait donné MENDEL. Cette lésion est de plus généralement recouverte d'un enduit blanc sale représentant le tissu amygdalien mortifié. Elle évoque dit MOURE « une cautérisation faite avec la pointe thermique dans un espace très limité au moment où l'escharre va se détacher ». D'évolution froide (MENDEL) elle donne l'impression d'un processus purement local s'accompagnant ou non d'une adénite légère — retentissant peu ou pas sur l'état général. Elle évolue en 8 ou 15 jours — quelquefois davantage.

Les analogies de cet ulcère simple avec l'angine de VINCENT sont frappantes et l'on serait tenté avec quelques auteurs (LECOARRET) d'identifier l'une et l'autre affection — n'était la connaissance de la pathogénie très particulière de l'amygdalite ulcéreuse — BRINDEL a en effet établi d'une manière qui semble indiscutable par des observations suivies au jour le jour que l'ulcération résultait « de la rupture inflammatoire d'une amygdalite lacunaire enkystée — latente jusque-là ».

Ce nom d'amygdalite lacunaire enkystée latente, désigne selon BRINDEL, « une lésion caractérisée par l'accumulation de cellules épithéliales et de mucus auxquels viennent se joindre quelques globules blancs dans une crypte amygdalienne qu'une mince muqueuse sépare de la cavité buccale. Cette muqueuse est si mince qu'elle laisse voir par transparence une substance blanche qui la repousse au dehors de façon

à former une saillie hémisphérique dont le diamètre peut atteindre 1 centimètre et quelquefois davantage ». Un tel kyste lacunaire ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel et il n'est le plus souvent constaté qu'à l'occasion d'un examen fortuit.

Initialement microbien, il [finit tôt ou tard par s'infecter ; on le voit alors s'entourer d'une aréole inflammatoire plus ou moins étendue — prélude de sa rupture et de la nécrose du tissu ambiant, d'où résultera l'ulcère. Celui-ci, ainsi amorcé devient aussitôt une porte ouverte à l'infection secondaire par les divers microorganismes buccaux. L'association fuso-spirillaire peut y prendre une part des plus actives comme le prouvent les examens bactériologiques suivants relatés par BRINDEL dans 13 cas d'amygdalites ulcéreuses dûment identifiés.

Examens microscopiques de frottis de 13 cas d'amygdalite erytique ulcéreuse

BRINDEL a constaté :

Dans les 3 premiers cas examinés le 1^{er} jour de l'affection :

1^o Diplocoques et microcoques nombreux, *très rares bacilles fusiformes pas de spirilles.*

2^o *Quelques bacilles fusiformes et spirilles.*

3^o Pas de spirilles. *Quelques très rares bacilles fusiformes.* Nombreux bacilles longs, grêles, rectangulaires et d'autres courts, très grêles et recourbés,

les 1^{er} prenant le gram, les seconds ne le prenant pas.

Dans les 3 cas suivants examinés au 3^e jour :

4^o Quelques microcoques, assez nombreux diplocoques *très rares bacilles fusiformes*.

5^o *Très nombreux bacilles fusiformes et spirilles*.

6^o Microcoques et diplocoques très nombreux ; *bacilles fusiformes, très rares spirilles*.

Dans les 2 cas suivants examinés au 5^e jour :

7^o Quelques rares microcoques.

8^o Streptocoques, diplocoques, bacilles longs, grêles, rectangulaires prenant le gram, bacilles courts et trapus, rectangulaires ne prenant pas le gram.

Dans les 5 derniers cas examinés au 8^e jour :

9^o Quelques rares microcoques, nombreux bacilles longs, grêles rectangulaires prenant le gram, nombreux bacilles courts trapus, rectangulaires, ne prenant pas le gram. *Très nombreux spirilles, très rares bacilles fusiformes*.

10^o *Bacilles fusiformes nombreux à l'état de pureté*.

11^o Microcoques, rares diplocoques, quelques bacilles longs et grêles prenant le gram.

Assez nombreux bacilles fusiformes-spirilles.

12^o Quelques microcoques, staphylocoques, diplocoques ; *très rares spirilles, très rares bacilles fusiformes*, assez nombreux bacilles longs, grêles, rectangulaires prenant le gram.

13^o Très nombreux microcoques, diplocoques et streptocoques. Aucun bacilles.

ANGINE DE VINCENT ET DIPHTÉRIE

Lorsqu'on examine au microscope des fausses membranes diphtériques, il est courant d'y rencontrer, à côté du b. de LÖFFLER et d'autres micro-organismes divers, quelques exemplaires de bacilles fusiformes et de spirilles. VINCENT avait signalé le fait dès ses premiers travaux et plus récemment GRYZEZ et PIERRET en ont vérifié l'extrême fréquence (9/10 des cas). Cette constatation est banale et ne saurait surprendre puisque les fuso-spirilles sont des saprophytes habituels du milieu buccal. Mais les deux germes symbiotiques ne se bornent pas toujours à ce parasitisme discret. Il n'est pas exceptionnel de les voir végéter abondamment à côté du bacille diphtérique pour réaliser de véritables angines mixtes, qui prennent place parmi les diphtéries ulcéreuses. Cette association fuso-spirillo diphtérique a été étudiée par de nombreux auteurs : DE STOECKLIN-FREYMUTH et PÉTRUSCHKY, BEITZKE, SIMONIN, MARFAN, GALLOIS et COURCOUX, VINCENT, VIDAL, LEROY, CHARDON, GADOL, Armand DELILLE avec P. L. MARIE et DUJARIER, DEHERRIKON, CHOUOPIN, DELATTRE, etc... Les observations

publiées peuvent schématiquement se classer en deux groupes :

1^o Dans un 1^{er} groupe de faits d'interprétation facile il s'agit d'angines diphtériques manifestes se présentant initialement comme telles. La sérothérapie est aussitôt instituée et c'est seulement lorsque les fausses membranes commencent à se détacher qu'on découvre le processus ulcéreux fuso-spirillaire sous jacent. Parfois même celui-ci est d'apparition très tardive, il y a une évolution en deux temps, nette. Dans certains cas au contraire l'intervention des fuso-spirilles est très précoce ; les fausses membranes peuvent prendre dès le début un aspect sale, noirâtre, gangréneux ; la fétidité de l'haleine habituelle aux manifestations fuso-spirillaire s'y ajoutant, il en résulte un tableau local alarmant qui en impose pour une diphtérie maligne. Quelle que soit la forme clinique, l'étiologie Lœfflerienne ne risque pas, en tout cas, de passer inaperçue et il ne saurait en résulter de méprise préjudiciable au malade.

2^o Dans un 2^e groupe de faits d'interprétation beaucoup plus difficile, l'aspect est tout autre, c'est celui d'une angine de VINCENT dans laquelle l'ensemencement systématiquement pratiqué a révélé la présence du bacille diphtérique. Cette constatation est fréquente (30 % des cas, LEROY). Elle n'implique évidemment pas que l'angine est mixte, fuso-spirillo diphtérique. Les observations publiées, ressortissent à trois catégories.

a) Un grand nombre d'entre elles ne sont pas sus-

ceptibles d'être interprétées d'une manière précise, car les malades traités dès le début par la sérothérapie, seule ou associée au traitement local, ont guéri sans complications de nature diphtérique, dans des délais rapides.

b) D'autres observations (celles de LEROY en particulier) paraissent n'être que des angines de VINCENT simples chez des porteurs de germes — les malades ayant toujours guéri rapidement de la même façon — sans aucun traitement sérothérapique.

c) Mais inversement quelques-unes d'entre elles établissent qu'il existe indiscutablement des angines mixtes fuso-spirillo diphtériques se présentant comme de simples angines de VINCENT.

C'est ainsi nous semble-t-il que doivent être considérés les deux observations suivantes dans lesquelles l'angine d'abord rebelle à la thérapeutique locale habituelle s'est modifiée rapidement dès la mise en œuvre de la sérothérapie.

Observation 21

H. DEHERRIPON. — *J. J. des Sciences médicales de Lille*,
1^{er} août 1920.

B. Henri, 9 ans, envoyé le 2 octobre 1917 par son médecin avec le diagnostic d'angine de VINCENT traitée depuis 6 jours sans amélioration. État général franchement mauvais, teint plombé, température 38°9. ganglions angulo-maxillaires du volume d'une grosse noix. La gorge est uniformément rouge, l'haleine repoussante. Sur l'amygdale

droite très tuméfiée, large et profonde ulcération occupant la partie moyenne. On détache du fond de l'ulcère une pseudo-membrane assez épaisse, très adhérente, entourée d'un exsudat fétide. Au pôle supérieur de l'amygdale gauche petite ulcération, de la dimension d'une lentille.

Examen bactériologique direct : très nombreux bacilles fusiformes et spirilles avec quelques batonnets isolés. La culture donna des colonies de b. diphtériques moyens.

La première injection de sérum fut pratiquée le 13 octobre dans la soirée à la dose de 50 cc., puis de 40 cc., le 14 ; de 20 cc. le 15. Le 15 octobre l'aspect des lésions était *complètement modifié*. L'exsudat membr. qui malgré écouvillonnage et applic. de bleu méthylène s'était reproduit disparut complètement ; l'ulcère était cicatrisé le 25 octobre.

Observation 22 (*inedite*)

Communiquée par M. P. CHEVALLIER.

Edouard C..., 22 ans, externe des hôpitaux.

Est pris le 15 septembre 1933 d'une légère douleur à l'amygdale droite suivie de l'apparition d'un petit ganglion sous-maxillaire de la grosseur d'une noisette, non douloureux.

A l'examen de la gorge, constate lui-même que l'amygdale gauche est très gonflée et rouge et que la droite est recouverte d'un léger enduit pultacé.

La déglutition est légèrement douloureuse ; néanmoins pendant trois jours le malade va en voyage sans s'inquiéter de ces légers troubles.

A son retour, vers le 4^e jour, un médecin est appelé et conclut à une angine pultacée banale (petits points blancs sur l'amygdales droite gonflée) cependant un prélèvement est fait dont le résultat le lendemain est le suivant :

(20 septembre 1933).

1^o Examen direct :

Cocci, bacilles et association *fuso-spirill* de Vincent *abondante*.

2^o L'ensemencement sur sérum coagulé a donné naissance à des colonies de cocci.

Réponse ultérieure s'il y a lieu.

Le lendemain (21 septembre 1933), le même laboratoire envoie une 2^e note mentionnant que : « après 48 heures d'étuve, il s'est développé de *nombreuses colonies de bacilles courts* ».

Le même jour le malade constate lui-même que *l'amygdale commence à se creuser* et le diagnostic d'angine de V. est seul retenu.

Un traitement local d'attouchements au 914 est institué, auquel on ajoute l'ingestion quotidienne de 3 comprimés de tréparsol. Néanmoins au 8^e jour, l'état s'aggrave le malade de plus en plus dysphagique et salivant abondamment, accuse une extrême fatigue ; la température atteint 38°9.

9^e 10^e jour. L'ulcération loin de régresser s'agrandit, creuse très loin en profondeur en même temps que le ganglion sous-maxillaire atteint le volume d'une petite pêche.

Le 11^e jour, on décide, l'amygdalite ne s'améliorant pas, et étant donné la présence de bacilles courts signalée par le laboratoire d'injecter du sérum antidiphtérique.

Première injection le dimanche 24 septembre 10 cc.

2^{me} injection le mardi 26 septembre 20 cc.

2 *jours après*, 28 septembre, l'ulcération est nettoyée, le gg. à dater de ce jour diminue et les phénomènes généraux et fonctionnels s'amendent rapidement.

8 jours après il persiste seulement une ulcération cratériforme à fond granuleux de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; le gg. sous-maxillaire est réduit aux dimensions d'un gros pois.

Examen le 14-10-33 (M. CHEVALLIER).

Énormes amygdales rouges (ont toujours été très grosses).
Pus glaireux au fond de la gorge, rhino-pharyngite chronique ;

Petits ganglions à la partie inférieure du cou, aux aisselles et aux aines, sans signification.

Examen de sang le 17-10-33, normal.

Les trois observations qui suivent sont encore plus démonstratives, et leur nature diphtérique est indiscutablement signée par l'existence d'accidents manifestes d'intoxication loefflerienne, (tachy-arythmie, troubles parétiques oculaires, paralysie du voile).

Observation 23

SIMONIN. — *in Bull. et Mém. de Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 14 mars 1902.

Dig... Alfred, 20 ans, soldat musicien au 24^e régiment d'infanterie, est atteint d'angine le 25 juillet 1901 ; il se présente à la visite médicale le 29 juillet seulement ; on l'hospitalise immédiatement avec le diagnostic d'angine suspecte.

Le malade est abattu, il a le teint pâle, la température est de 39°2, le pouls bat à 90 ; on note de l'enchifrènement et un catarrhe nasal muco-purulent assez accusé ; la gorge est rouge, uniformément ; l'amygdale droite présente une ulcération assez profonde, dont le fond est garni de débris pseudo-membraneux ; les ganglions rétro-maxillaires droits sont engorgés et douloureux.

Un frottis de l'exsudat amygdalien montre de petits bacilles courts prenant le Gram, de nombreux spirilles, des cocci prenant le Gram.

La culture sur sérum coagulé donne du Loeffler moyen

à disposition parallèle, et du staphylocoque doré, ce dernier paraît exister uniquement dans le muco-pus nasal.

Sous l'influence de l'injection sous-cutanée de 40 cc. de sérum, la température tombe en lysis ; elle atteint la normale le 8^e jour.

Le 9^e jour, on voit apparaître une *parésie marquée de la pupille gauche* qui persiste pendant 16 jours seulement. En même temps, *le pouls s'élève de 72 à 120 pulsations* ; à partir du 5^e jour, *il s'abaisse à 100 et se maintient au voisinage de ce chiffre jusqu'à la sortie du malade.*

Les urines ne renferment à aucun moment de l'albumine. L'ulcération amygdalienne, cautérisée chaque jour au nitrate d'argent, est définitivement comblée le 15^e jour.

Desensemencements du mucus tonsillaire faits les 12^e, 16^e et 21^e jours ne révèlent plus que du staphylocoque et du streptocoque.

Observation 24

SIMONIN. — *B. et M. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 14 mars 1902.

B... B..., 24 ans, sapeur-pompier, atteint d'amygdalite le 30 juillet 1901, la fièvre est modérée, oscillant autour de 38°, la dysphagie assez marquée. Une fausse membrane ayant été constatée le 3 août motive l'entrée au Val-de-Grâce.

Il n'offre pas d'asthénie, mais a le teint pâle un peu terreux ; le pouls bat régulièrement à 72 ; la gorge, examinée le 4 août est uniformément rouge, l'haleine très fétide ; l'amygdale droite volumineuse, présente une ulcération profonde occupant tout son sommet qui est en quelque sorte excavé et abrasé ; le fond de l'ulcère est garni d'un détritüs sanieux ; les ganglions rétro-maxillaires sont engorgés et douloureux à droite.

Un frottis sur lame, fait avec l'exsudat, montre de très nombreux bacilles fusiformes, de moyenne dimension, isolés ou associés en diplo, puis des spirilles ténus, et enfin des cocci isolés ou associés en diplo, prenant le Gram. La culture sur sérum coagulé donne, au bout de 36 heures quelques colonies plates, crémeuses d'un Loeffler court en amas parallèles : ce Loeffler tue un cobaye en 24 heures.

Pendant trois jours, les 6, 7 et 8 août, le malade rejette une fausse membrane sanguinolente ; l'ulcération amygdalienne creuse en profondeur et le 8 août, dixième jour de l'affection, le malade évacue, par simple expulsion, une assez grande quantité de sang provenant du fond de l'ulcération tonsillaire ; un attouchement avec une solution de perchlorure de fer arrête cette hémorragie.

La sérothérapie antidiphthérique n'est instituée que tardivement, après la mort du cobaye ; l'aspect du Loeffler n'ayant pas fait prévoir sa virulence on *pensait être en présence d'une simple angine de Vincent*.

Les 9 et 10 août, on pratique deux injections de sérum de 20 centimètres cubes.

A partir du 15 août, *le pouls devient irrégulier et rapide* ; au repos il bat autour de 100 ; lorsqu'on fait lever le malade, ce chiffre s'élève à 120 et même 130 pulsations.

Les urines ne renferment pas d'albumine, le voile du palais fonctionne bien, ainsi que les pupilles.

L'ulcération amygdalienne, complètement détergée le 10^e jour cicatrise lentement ; le mucus de sa profondeur, ensemençé les 15^e et 19^e jours, ne donne plus qu'un mélange de streptocoques et de staphylocoques ; le 23^e jour, l'ulcère est comblé. Quand le malade sort le 32^e jour, le pouls est régulier, mais bat encore à 90.

Observation 25

CHARDON. -- *Angine de Vincent associée à la Diphtérie*
(Thèse de Lille 1918-19).

J'ai eu l'occasion de soigner en 1917 un jeune garçon de 12 ans, Victor N... qui présentait le cas suivant :

Il fut pris assez brusquement de mal de gorge violent avec fièvre élevée, extrême faiblesse, pâleur, céphalée. La déglutition semblait presque impossible.

A l'examen de la gorge, rougeur diffusée de tout le pharynx, et augmentation du volume des deux amygdales surtout à gauche. Je crus à une simple amygdalite et prescrivis quelques gargarismes au chlorate de K.

Je revis mon petit malade deux jours après, mais les symptômes étaient tout différents. Les douleurs à la déglutition étaient beaucoup plus vives, il y avait de la dyspnée marquée et une fièvre à 40°2. Les ganglions rétro-maxillaires étaient gros et douloureux.

Localement les deux amygdales étaient très hypertrophiées, mais la gauche présentait en outre *des fausses membranes blanc-grisâtre sous lesquelles je pus distinguer une petite ulcération assez profonde.*

Je fis un râclage aseptique et procédai sans tarder à l'examen microscopique. Je trouvai en quantité des bacilles fusiformes et des spirilles, mais pas de Loeffler. Non satisfait je fis une culture et attendis.

Je traitai de suite mon malade par des attouchements locaux de néo salvarsan et lui fis en outre une injection préventive de sérum antidiphtérique.

La culture resta négative. J'écartai donc la possibilité d'une diphtérie et ne traitai que l'angine de Vincent.

L'angine guérit en 8 jours, mais environ 15 jours après, je fus rappelé auprès du malade qui présentait une...
paralysie du voile.

ANGINE DE VINCENT ET ADÉNOLYMPHOÏDITE AIGUE BÉNIGNE

(angine à monocytes)

Cette affection, d'individualisation récente, paraît être une maladie infectieuse spécifique, contagieuse existant à l'état sporadique ou endémo-épidémique. Elle a surtout retenu l'attention des auteurs étrangers qui à partir de 1921, l'ont reliée à la fièvre ganglionnaire de PFEIFFER (1889) et des pédiâtres, et aux mononucléoses subleucémiques de TURK (1907) et des hématologistes.

En France, elle a été tout particulièrement étudiée par M. Paul CHEVALLIER sous le nom d'adénolymphoïdite aiguë bénigne, préférable à celui impropre d'angine à monocytes.

Elle est caractérisée :

Cliniquement par :

1° *Un état infectieux.* Marqué essentiellement par de la fièvre accompagnée plus ou moins de perte de force, céphalée, rachialgie, troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales.

2^o *Des adénopathies*, non suppurées qui constituent les signes physiques essentiels et constants.

Elles sont :

— D'abord localisées, à la région cervicale le plus souvent, où réagissent avec prédilection les ganglions postéro-externes supérieurs (entre les insertions du sterno-cleido-mastoïdien et du trapèze) et les ganglions angulo-maxillaires.

— Puis extensives et tendant plus ou moins à se généraliser aux divers territoires superficiels (cervicaux inférieurs, axillaires, sus-épitrochléens, inguinaux), et même profonds (médiastinaux-mésentériques).

Là où les adénopathies primaires sont en règle unilatérales, très vite, dans la région atteinte en premier lieu, un assez grand nombre de ganglions se trouvent pris ; bientôt ceux du côté opposé s'hypertrophient à leur tour et la généralisation quand elle se produit est presque contemporaine de cette extension symétrique.

Il s'agit d'adénopathies fermes, rénitentes, lisses, sans périadénite, de volume en général moyen, comparables à des noisettes, de grosses amandes pour les ganglions initiaux, souvent sensibles au début, à des haricots, des pois, pour les pléiades d'extension et de généralisation, en général indolores.

Ces intumescences ganglionnaires s'accompagnent dans la moitié des cas, de *splénomégalie*, d'ordinaire modérée, plus rarement d'hépatomégalie ;

3^o D'une *angine*, habituelle mais qui peut manquer ou être tardive.

La réaction ganglionnaire satellite est souvent hors de proportion avec cette angine habituellement discrète : simple érythème diffus avec tout au plus un mince voile arachnéen de subexsudation.

Parfois cependant les symptômes pharyngés sont plus marqués, se traduisant par une amygdalite pultacée ou cryptique et il existe de véritables formes compliquées :

— Forme pseudo-membraneuse, simulant la diphthérie.

— Forme exulcéro, ou ulcéro-membraneuse du type Vincent, sur laquelle nous allons revenir.

Hématologiquement, l'adéno-lymphoïdite aiguë se traduit par :

1^o Une leucocytose modérée ;

2^o Une mononucléose forte composée de cellules normales et anormales ; parmi ces dernières, on peut distinguer :

a) Un type leuco-lympho-myéloblastique (aspect de cellules-mères) ;

b) Un type monocytoïde ;

c) Un type lymphocytoïde.

L'adéno-lymphoïdite aiguë, maladie essentiellement *bénigne*, a une évolution assez particulière : Très schématiquement, après un malaise prodromique généralement assez court, la fièvre apparaît et atteint rapidement son acmé — 38^o5 — 39^o — 40^o

— pour redescendre bientôt en un lysis plus ou moins régulier.

Le début de la réaction ganglionnaire suit de près l'ascension thermique et l'acmé lympho-inflammatoire tend à coïncider avec le maximum thermique mais à partir de ce moment, les deux manifestations se dissocient ; tandis que les symptômes généraux disparaissent et font place à une sensation d'euphorie, les ganglions au contraire ne diminuent que très lentement ; leur résolution est extrêmement longue à se faire et demande couramment, un, deux, trois mois et plus pour s'accomplir.

Les signes hématologiques se différencient pareillement au point de vue évolutif. Tandis que la leucocytose décroît avec la température et survit peu à l'étape fébrile, la mononucléose beaucoup plus tenace, suit une marche parallèle à celle des adénopathies et comme ces dernières, ne régresse qu'avec une extrême lenteur. Au début elle est du type leuco-lymphomyéloblastique et pose alors un diagnostic difficile avec la leucémie aiguë : l'absence d'anémie constitue un signe différentiel important en faveur de l'adénolymphoïdite. Au bout de quelques jours, les formes inquiétantes commencent à disparaître et l'aspect devient alors :

— Soit nettement lymphocytoïde.

— Soit nettement monocytoïde.

Le pourcentage des éléments mononucléés reste longtemps élevé et présente des fluctuations nombreuses.

Une véritable lymphocytose terminale, à petits lymphocytes normaux, est de règle et marque la convalescence franche.

Au cours de cette longue évolution, les reprises sont d'ailleurs fréquentes, avec réascension thermiques, recrudescence des symptômes ganglionnaires et sanguins.

L'adéno-lymphoïdite aiguë est une maladie à début aigu mais en réalité une infection chronique qui ne s'éteint que très lentement après avoir tenté souvent des retours offensifs.

L'angine, avons-nous dit, habituellement légère peut accuser et être cliniquement et bactériologiquement du type Vincent, comme le montrent les exemples suivants.

On conçoit qu'en l'absence d'une exploration ganglionnaire méthodique et d'un examen de sang, l'infection causale puisse aisément passer inaperçue.

Observation 26

*Angine ulcéreuse et pseudo-membraneuse, avec association fusospirillaire polyadénopathie et mononucléose sanguine.
Forme ulcéreuse de l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne.*

P. CHEVALLIER et P.-R. BIZE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25 mai 1928.

B..., 26 ans.

Dans les antécédents, on note : scarlatine, rougeole, varicelle, oreillons.

Amygdalectomie et curettage de végétations à 7 ans ;

résection du cornet à 18 ans ; susceptibilité rhino-pharyngée comportant 2 à 3 angines légères chaque hiver.

Depuis une quinzaine de jours, fatigue physique, anorexie, insomnie, lassitude psychique.

Le 9 mars, gêne à la déglutition ; angine rouge, quelques petits frissonnements, mais pouls à 76. Le soir vers 10 heures, violente céphalée en casque avec douleurs à la vision dans le regard latéral et à la convergence. Le lendemain la céphalée persiste, la gorge est toujours rouge mais sans plus ; il y a en outre un peu de douleur à l'angle de la mâchoire gauche avec sensation de torticolis, et à ce niveau un petit ganglion dur roulant sous le doigt, sans périadénite.

Pendant 8 jours environ ces symptômes restent stationnaires et étant donné leur peu d'intensité le malade continue son travail. Cependant la lassitude persiste, la déglutition est toujours douloureuse, l'adénopathie angulo-maxillaire ne s'amende pas et même, les groupes voisins se prennent ; enfin le moignon amygdalien gauche semble se creuser en une cavité pseudo-cryptique dont les bords sont saillants et plus fermes que la muqueuse avoisinante.

8 jours exactement après le début de ces symptômes, état général et état local s'aggravent nettement.

La crypte s'est élargie et son fond se recouvre d'un enduit pseudo-membraneux, adhérent à la muqueuse sous-jacente qui saigne facilement. Dysphagie très prononcée.

Lassitude extrême qui oblige le malade à se coucher, température à 38°5, pouls à 100.

Un frottis de gorge montre l'absence de bacilles diphtériques et la présence d'une véritable purée de bacilles fusiformes et de spirilles.

Aucun signe de spécificité. Bordet-Wassermann négatif. Traitement local habituel : attouchements locaux au novarsénobenzol au bleu de méthylène et même au bismuth. En outre, ingestion de 1 gramme de tréparsol par

24 heures et même 4 jours après, injection sous-cutanée de sulfarsénol. Malgré ces thérapeutiques, aucune modification ne se manifeste : température entre 38°5-39° : état saburral prononcé : langue recouverte d'un enduit épais brunâtre et fétide. Dysphagie intense, avec tic douloureux lors de la déglutition, fétidité de l'haleine — outre l'angine, rhino-pharyngite fétide — (une injection de sérum antigangréneux est envisagée).

L'amygdale est ulcérée et cette ulcération atteint les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, elle est en forme de fente allongée, parallèle au pilier postérieur et recouverte d'un enduit très adhérent, d'odeur fétide ; la luette est œdématisée, en battant de cloche ; le moignon amygdalien du côté opposé s'est à son tour recouvert d'un enduit grisâtre.

Les ganglions cervicaux sont nettement augmentés de volume ; on remarque un gros paquet du volume d'une noix à l'angle de la mâchoire et des chapelets sous-maxillaire, rétro-cervical et jugulaire ; les ganglions du côté opposé sont également atteints, tous ces ganglions sont durs, mais d'une dureté élastique sans péri-adénite ; des ganglions hypertrophiés se remarquent encore dans les deux aines, à droite surtout et au-dessus de l'épitrachée ; il n'y a rien dans les aisselles.

La rate est grosse, percevable sur plus d'un travers de main ; le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigts.

Le 23 mars 1928, la formule sanguine confirme le diagnostic d'adénolymphoïdite aiguë bénigne.

Numération leucocytaire.....	12.245
Polynucléaires neutrophiles.....	34 %
» eosinophiles.....	0,4 %
» basophiles.....	0,2 »
Lymphocytes.....	9 »
Moyens mononucléaires.....	43,8 »
Grands mononucléaires.....	8 »
Mononucléaires de transition.....	3 »
Cellules indifférenciées.....	1,6 »

Évolution :

A partir du sixième jour de maladie, la température descend en lysis pour rester à 37° à partir du dix-huitième ; le pouls revient parallèlement à la normale.

Crise sudorale le seize et dix-septième jour ; puis crise urinaire le dix-huitième, sans albuminurie.

Dès le seizième jour également, la gorge se nettoie et cela d'une façon absolument spontanée, sans qu'il y ait eu de nouvel essai thérapeutique : la fausse membrane tombe, laissant à sa place, une vaste ulcération à fond rouge vif, qui se cicatrise rapidement en cinq à six jours.

Les ganglions très rapidement, également, diminuent de volume mais restent un peu augmentés pendant assez longtemps, quinze jours environ.

Aucune rechute ; aucune séquelle si ce n'est un peu d'insuffisance hépatique avec gros foie persistant, selles mastac et état saburral.

De nouveaux examens de sang montrent :

Numération leucocytaire	26 mars	1 ^{er} avril	25 mai
Numération leucocytaire	»	7.189	6.400
Polynucléaires neutrophiles . . .	23 %	38,6	55
Polynucléaires éosinophiles . . .	2,6 »	1,4	4
Polynucléaires basophiles	0,2 »	0,2	1
Lymphocytes	12,4 »	3,2	9
Moyens mononucléaires	41 »	39,4	27
Moyens mononucléaires éozino- philes	10,2 »	12	»
Grandes mononucléaires	3,2 »	2,2	3
Mononucléaires de transition . .	5 »	3	6
Cellules embryonnaires	1,4 »	Néant	Néant
Myélocytes neutrophiles	0,8 »	Néant	Néant

L'état général devient excellent. Le malade part, à la

campagne. Les ganglions deviennent de moins en moins perceptibles pour disparaître complètement un mois et demi environ après le début de la maladie.

Observation 27

Angine à monocytes à forme ulcéreuse avec association fusospirillaire.

P. CARNOT, R.-J. WEISSENBACH, E. BOLTANSKI et Jean WEILL. — *In Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 23, 1927.

L., 26 ans, Suédois, valet de chambre d'hôtel hospitalisé le 13 mai 1927 parce qu'il a mal à la gorge et se sent fébrile et très fatigué.

Le début de l'affection remonte à dix jours environ avant l'entrée à l'hôpital, marquée seulement par des symptômes généraux : état de fatigue générale, céphalée, douleurs dans les jambes. Le malade ne prend pas sa température mais remarque que ses pulsations s'élèvent à 100 et au delà par minute.

Il est alors obligé de cesser son travail. Deux ou trois jours après, il remarque une gêne à la déglutition et ne voyant aucun de ces phénomènes rétrocéder, il se décide, dans la deuxième semaine de sa maladie, à entrer à l'hôpital.

Au premier examen, malade pâle, abattu, légèrement subictérique, température à 38°7. Sur l'amygdale gauche, exulcération assez régulière, peu douloureuse, reposant sur une base souple. Adénopathie sous-maxillaire volumineuse et peu sensible à la pression.

L'exploration des autres territoires ganglionnaires montre des adénopathies dans la région cervicale, aux aisselles, aux aines, à la région épitrochléenne. Il s'agit de tuméfaction modérée, le volume des ganglions variant d'une

amande à un gros pois. Les ganglions sont durs, mobiles, sans périadénite, indépendants les uns, des autres, non douloureux.

La rate est percutable sur un travers de main.

Examen des autres appareils négatif.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examen ultra-microscopique de la sécrétion amygdalienne : *association fusio-spirillaire* abondante.

Réaction de Wassermann négative.

Les jours suivants, l'état du malade ne s'améliore pas. La température oscille entre 38° et 39°. Une *stomatite* apparaît qui est aussitôt traitée par des applications locales de novarsénobenzol.

Le 21 mai, on constate sur l'exulcération amygdalienne une fausse membrane d'aspect diphtérique gagnant la luette qui est œdématiée. La stomatite reste assez marquée. Léger trismus, température au voisinage de 39°.

Ensemencement sur sérum de bœuf coagulé, staphylocoques.

Hémoculture négative.

Examen de sang :

Polynucléaires neutrophiles	28 %
» basophiles	0 »
» éosinophiles	0 »
Lymphocytes	2 »
Moyens mononucléaires	19 »
Monocytes	50 »
Formes embryonnaires	1 »
Total des leucocytes	15.000 p. mm ³

Amélioration les jours suivants : la gorge reprend peu à peu son aspect normal, la stomatite rétrocede.

La température tombe en deux jours à 37° (23^e jour de la maladie) et s'y maintient.

Un nouvel examen de sang montre

Polynucléaires neutrophiles	49 %
» basophiles	0 »
» éosinophiles	2 »
Lymphocytes	14 »
Moyens mononucléaires	9 »
Monocytes	26 »
Total des leucocytes	8.100 p. mm ³

Le malade se sent mieux, mais reste pâle ; il a perdu 7 à 8 kilogs durant sa maladie :

Le 1^{er} juin, l'amygdale gauche est complètement cicatrisée et présente au niveau de l'ancienne ulcération une dépression ovalaire recouverte d'une muqueuse d'aspect normal.

Les adénopathies ont rétrocedé sans toutefois disparaître entièrement :

La rate n'est plus perceptible que sur deux ou trois travers de doigt.

Le 9 juin, le malade s'estime guéri et demande à sortir ; sa formule sanguine est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles	56 %
» basophiles	0 »
» éosinophiles	1 »
Lymphocytes	2 »
Moyens mononucléaires	11 »
Monocytes	29 »
Total des leucocytes	8.000 p. mm ³

24 juin, la formule est encore anormale :

Polynucléaires neutrophiles	61 %
» basophiles	0 »
» éosinophiles	0 »
Lymphocytes	14 »
Moyens mononucléaires	5 »
Monocytes	20 »

Observation 28

Adéno-lymphoïdite aiguë bénigne avec angine ulcéreuse à fuso-spirilles.

(Inédite). Communiquée par M. P. CHEVALLIER.

G. X..., étudiant en médecine, 21 ans.

Est pris le 1^{er} novembre 1930 de malaise vague, lassitude, rachialgie. Ces troubles restent peu accusés pendant 4 jours puis à partir du 6 :

a) La température commence à monter rapidement, le 9 elle dépassera 40°, s'accompagnant de délire le soir, insomnie, prostration.

b) La gorge devient douloureuse : les piliers présentent des exulcérations rappelant celles de la dothiéntérie — en même temps existe une amygdalite pultacée qui prend bientôt un aspect diphtéroïde — puis ulcéro-membraneux du type VINCENT ; un examen microscopique de frottis montre une association fuso-spirillaire abondante. Pas de bacilles diphtériques à l'ensemencement.

La rate est augmentée de volume, on pense à une fièvre typhoïde, toutefois l'hémoculture est négative.

Examen de M. P. CHEVALLIER le 12-11-30 : malade abattu, avec pouls à 100, température à 39°, l'exsudat diphtéroïde gagne vers le voile. Assez grosse adénopathie sous-maxillaire, douloureuse, à droite ; du même côté nombreux ganglions, indolores, gros comme de petites amandes, des haricots, des pois, des lentilles, dans le creux sus-claviculaire et dans le triangle sterno-trapèzal, remontant sous le sterno et le long du trapèze, jusqu'à la nuque en arrière ; à gauche, même polyadénopathie symétrique, mais moins marquée ; ganglions axillaires, petits à droite, plus gros à gauche ; enfin, riche pléiade inguinale et crurale bilatérale. (On n'avait pas recherché les ganglions

les jours précédents, mais on est sûr qu'ils n'existaient pas deux semaines auparavant).

Le diagnostic « d'angine à monocytes » est confirmé par un examen de sang qui montre le 13/11/30.

Leucocytes	9.200
Polynucléaires neutrophiles	28,5 %
» éosinophiles	0 »
» basophiles	0 »
Lymphocytes	0,5 »
Moyens mononucléaires	7 »
Grands mononucléaires	64 »

Les jours suivants, la température tombe en lysis rapide et la gorge commence à se déterger:

Le 15, les adénopathies ont diminué ; Le 17, le malade, bien que faible et anorexique, est allé se promener au bois ; l'angine a beaucoup régressé : il reste une petite ulcération avec léger enduit blanchâtre sur l'amygdale droite. Le ganglion sous-maxillaire est petit et indolent ; les autres ont à peu près le même volume.

Examen de sang : 17/11/30.

Polynucléaires neutrophiles	31	%
» éosinophiles	0,5	»
» basophiles	1	»
Lymphocytes	1,5	»
Moyens mononucléaires	4,5	»
Grands mononucléaires	61	»

Le 18, le malade « s'est bruyamment senti renaître », il a pris fort appétit ; les ganglions du cou sont très diminués : on n'en trouve plus que dans le triangle inférieur droit. Les adénopathies axillaires et inguinales sont stationnaires.

Examen de sang le 24/11/30.

Leucocytes	8.000
Polynucléaires neutrophiles	60,5 %
» éosinophiles.....	0 »
» basophiles.....	0,5 »
Lymphocytes	0,5 »
Moyens mononucléaires.....	2 »
Grands mononucléaires	36,5 »

Six mois après 22/5/31, le malade est revu pour une angine aiguë banale qui selon la règle, s'accompagne de polynucléose :

Leucocytes	8.800
Polynucléaires neutrophiles	78 »
» éosinophiles.....	1 %
» basophiles.....	0,5 »
Lymphocytes	1,5 »
Moyens mononucléaires.....	0,5 »
Grands mononucléaires	18,5 »

Observation 29 (résumée)

De LAVERGNE et PILOD. — *In Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hép. de Paris*, 8 juin 1923.

Marin de 24 ans.

Début 18/10/20. Entré au Val-de-Grâce le 28-10 : angine ulcéro-membraneuse bilatérale, plus étendue sur l'amygdale gauche : association fusospirillaire.

Adénopathies dures, indolores, assez grosses, préauriculaires, sous-maxillaires, carotidiennes et, moins volumineuses, axillaires, inguinales.

Rate percutable.

Céphalée, insomnie, lassitude.

Foie, urines, normaux.

Pas d'anémie.

Le 2/11, les ulcérations amygdaliennes se détergent.

Le 5/11, angine guérie à droite, petite exulcération à

gauche sur l'amygdale et le pilier antérieur. Ganglions diminués ; rate identique.

A partir du 10-11, angine guérie, ganglions sous-maxillaires et carotidiens à peine perceptibles ; persistance de gros ganglions inguinaux.

Guérison le 16/12.

Examens de sang.

	Leuco- cytes	Poly. neutro	Eosino	Lympho	Moyens mono	Mono type Rieder	Grands mono
28-10.....	30.000	35	0	12	44	5	4
5-11.....	18.000	42	0	10	40	4	4
13-11.....	9.000	52	2	11	29	2	4
28-11.....	8.000	63	2	15	16	1	3

ANGINE DE VINCENT ET APPAREIL DENTAIRE

Nous avons résumé au début de ce travail l'opinion de divers stomatologistes, LEBEDINSKY et son élève CORIAT — BERCHER et PUIG, pour qui l'angine de Vincent — comme la stomatite ulcéreuse de BERGERON — est presque toujours en relation étroite avec l'éruption dentaire (premières grosses molaires inférieures chez l'enfant — dents de sagesse inférieures chez l'adulte) — BERCKER étudiant plus particulièrement cette question chez les jeunes soldats examinés au Val-de-Grâce, évalue à 95 %, la proportion des angines ulcéro-membraneuses relevant de cette étiologie. Il est vrai que très souvent, l'auteur y insiste, la dent incriminée évolue d'une façon normale sans phénomène inflammatoire. Ce n'est toutefois pas une raison suffisante pour refuser, comme on est tenté à première vue de le faire, un rôle à l'éruption dentaire concomitante. La fréquence de cette coïncidence mérite en effet de retenir l'attention et c'est une notion généralement admise que l'angine de VINCENT s'observe surtout chez les enfants de 6 à 8 ans et chez les adultes de 18 à 25 ans, c'est-à-dire précisément aux âges où, les premières grosses mo-

lares d'une part, les dents de sagesse de l'autre, font leur évolution.

L'angine de VINCENT coexiste d'ailleurs assez souvent avec une dent de sagesse évoluant d'une manière anormale et s'accompagnant de péri coronarite. Parfois cette dernière est manifeste et l'origine dentaire de l'amygdalite est attestée par des lésions voisines de stomatite ulcéro-membraneuse. Plus fréquemment au contraire la réaction péri coronarienne reste discrète et très localisée.

Les deux observations qui suivent se différencient nettement de ce point de vue :

Observation 30 (*personnelle*)

Mlle M..., 24 ans, vient consulter le 13/11/33, pour mal de gorge du côté gauche, dysphagie, salivation, troubles ayant débuté il y a 5 ou 6 jours. Se plaint d'asthénie marquée, courbatures. La veille au soir température à 39°.

Au moment de commencer l'examen buccal, on note un léger trismus. Au lieu de l'amygdalite phlegmoneuse qu'on s'attendait à trouver on constate sur l'amygdale gauche, en pleine face interne de la tonsille gagnant vers le pôle inférieur une ulcération arrondie, de l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50, recouverte d'un magma putrilagineux, jaunâtre. Une 2^e ulcération semblable, mais beaucoup plus superficielle et plus petite occupe la partie moyenne du pilier antérieur correspondant.

Adénopathie sous-angulo-maxillaire, du volume d'une petite noix, légèrement douloureuse sans induration particulière.

L'examen dentaire montre que la dent de sagesse inférieure gauche fait son évolution et est partiellement recou-

verte par un capuchon muqueux tuméfié et douloureux. Les trois autres dents de sagesse sont entièrement sorties. Plus complètement interrogée, la malade déclare qu'elle a assez vivement souffert de cette dent les trois ou 4 jours qui ont précédé l'angine et que la difficulté à ouvrir la bouche était alors plus remarquée qu'actuellement.

Sur les frottis, purée de fuso-spirilles.

Ensemencement : staphylocoques, pas de bacilles diphtériques.

Antécédents rhino-pharyngés. Très sujette aux angines.

Il y a un an (septembre 1932), aurait présenté une sinusite frontale bilatérale de courte durée, puis une sinusite maxillaire purulente gauche traitée par ponctions suivies de lavages. Actuellement rhino-pharyngite tenace. Pas de pus dans les méats moyens. Sinus s'éclairant bien.

L'angine de VINCENT, traitée par écouvillonnages à la glycérine novarsénobenzolée guérit rapidement en une huitaine de jours. La gingivite péri coronarienne disparaît parallèlement.

Observation 31

Mr. R..., 22 ans, étudiant en médecine.

Vient consulter le 2 novembre 1933, se plaignant de vives douleurs le long de la gencive inférieure droite, et de dysphagie, salivation, fétidité de l'haleine.

Pas de signes généraux notables.

Il y a une quinzaine de jours, a présenté une angine érythémateuse d'évolution rapide.

L'examen bucco-haryngé montre :

1° Des ulcérations gingivales multiples siégeant au collet de presque toutes les dents de la mâchoire inférieure, du côté droit, jusqu'aux incisives, au niveau de la muqueuse jugale, granulations de stomatite sableuse. La dent de

sagesse inférieure de ce côté ; incomplètement sortie et poussant contre la dent de 12 ans, est recouverte d'un capuchon muqueux tuméfié et ulcéré (la dent de sagesse inférieure gauche a été extraite antérieurement).

2° Sur l'amygdale droite, deux ulcérations contiguës recouvertes d'un exsudat, grisâtre, diphtéroïde.

Adénopathie sous-angulo-maxillaire volumineuse et douloureuse.

A l'examen bactériologique : association fuso-spirillaire abondante (moins riche et moins pure sur les frottis provenant des ulcérations gingivales).

Traitement : attouchements au novar puis à l'acide chromique, le 8 novembre, les lésions amygdaliennes sont presque entièrement cicatrisées, la stomatite a notablement rétrocedé.

Dans les cas analogues à celui de cette dernière observation, « l'épine » dentaire semble *a priori* négligeable ; son rôle ne doit cependant pas être sous-estimé et l'on connaît des exemples significatifs, d'angine de VINCENT qui, depuis plus ou moins longtemps rebelles aux traitements habituels, ont disparu rapidement après l'ablation d'une dent, à première vue, aussi peu suspecte. Certaines amygdalites fuso-spirillaires bilatérales, avec dent de sagesse en évolution de chaque côté, ont même fourni à quelques stomatologistes, l'occasion d'une démonstration particulièrement élégante. L'observation suivante rapportée par PUIG mérite, de ce point de vue, d'être citée.

Observation 32

PUIG. — In *Presse Médicale*, 3 mai 1924.

Fin avril 1923, le sergent N..., est évacué de Mayence sur l'hôpital du Val-de-Grâce pour angine de VINCENT double résistant à tout traitement.

Julien Jean.

De fait, après trois mois d'applications de bleu de méthylène et de novarsénobenzol, malgré les lavages à l'eau bouillie chaude additionnée de liqueur de labarraque, le malade présente sur chaque amygdale une énorme ulcération chancreuse.

L'état général est médiocre.

L'examen du système dentaire (2. mai) montre que les deux dents de sagesse inférieures ont terminé leur évolution. Mais une languette muqueuse monte le long de la face distale de chaque dent et en vient lécher la face triturante. Entre la languette gingivale et la dent il y a *du pus*.

On pratique sous anesthésie tronculaire, l'extraction immédiate de la dent de sagesse inférieure gauche. De grands lavages à l'eau bouillie chaude et pure sont prescrits.

Le 9 mai, on constate la cicatrisation aux deux tiers de l'ulcération chancreuse gauche. *L'ulcération droite est toujours dans le même état.* Extraction de la dent de sagesse inférieure droite.

16 mai, cicatrisation totale de l'ulcération gauche, cicatrisation presque totale de l'ulcération droite.

25 mai, le malade guéri, part en convalescence.

CONCLUSIONS

1^o A côté d'exceptionnelles localisations amygdaliennes secondaires à l'infection fuso-spirillaire, les classiques décrivent l'angine à spirilles et bacilles fusiformes de VINCENT comme une amygdalopathie primitive et autonome.

2^o Cette discrimination paraît peu fondée et divers arguments conduisent à poser en principe la nature secondaire de toutes les angines ulcéro-membraneuses à fuso-spirilles :

a) *Arguments expérimentaux* :

Les lésions fuso-spirillaires ne peuvent être reproduites en tissu sain.

Pour les réaliser, il faut nécessairement :

— Soit inoculer des tissus déjà lésés (par un traumatisme, par l'action d'un caustique), ou de vitalité compromise (animal cachectique).

— Soit adjoindre à la symbiose de Vincent des cultures microbiennes virulentes.

b) *Arguments cliniques d'analogie* :

Parmi les autres déterminations fuso-spirillaires, aucune n'est primitive :

— L'ulcère phagédénique tropical — comme la pourriture d'Hôpital autrefois — évolue toujours sur des lésions cutanées préexistantes (plaies contuses le plus souvent, gourmes syphilitiques parfois).

— La stomatite ulcéro-membraneuse à fuso-spirilles dépend :

Ou bien d'une cause locale, dentaire (éruption de dent de sagesse ou de 6 ans, pyorrhée alvéolaire, etc.).

Ou bien d'une cause générale, médicamenteuse (stomatite mercurielle ou bismuthique), plus rarement, infectieuse ou dyscrasique.

c) *Arguments cliniques de faits.*

L'angine de VINCENT — véritable syndrome — peut survenir à titre d'épiphénomène, précoce ou tardif, au cours d'états morbides tels que leucémie aiguë, agranulocytose, aleucie hémorragique.

On la voit succéder ou s'associer aux angines les plus diverses : scarlatineuses, diphtériques, phlegmoneuses, staphylococciques, streptococciques, etc...

Il n'est pas rare de la trouver surajoutée à des ulcérations amygdaliennes de toute nature, spécifiques : syphilitiques cancéreuses, tuberculeuses, ou banales : amygdalite cryptique ulcéreuse, masquant plus ou moins longtemps la lésion première, lui donnant parfois un caractère phagédénique.

Parmi les formes d'apparence primitive :

— Quelques-unes relèvent de l'adénolymphoïdite aiguë bénigne (angine à monocytes) ;

— la plupart sont contemporaines de l'évolution d'une dent de sagesse ou apparaissent greffées sur

des lésions d'amygdalite cryptique qu'un examen rapide méconnaît facilement.

3^o Pratiquement, le diagnostic d'angine de VINCENT, au sens usuel d'amygdalite primitive, doit être essentiellement un diagnostic d'élimination et d'évolution. La constatation d'une flore fuso-spirillaire si abondante soit-elle, ne suffit pas à caractériser une lésion ulcéro-membraneuse amygdalienne. Elle ne saurait dispenser d'une plus ample enquête étiologique comportant notamment la recherche systématique de la diphtérie et de la syphilis primaire.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de la Thèse,*
ROUSSY. BEZANÇON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et DESBOUIS. — Traitement local de l'angine de Vincent par l'arsénobenzol (*Académie de Médecine*, 8 octobre 1912).
- ACHARD et FEUILLÉ. — Traitement de l'angine de Vincent par les applications locales d'arsénobenzol (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 18 juillet 1913).
- ACHARD. — Les Applications locales d'arsénobenzol dans le traitement des spirochétoses (*Le Monde médical*, 5 janvier 1914).
- ACHARD et FLANDIN. — Angine de Vincent traitée par l'arsénobenzol (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 28 avril 1911).
- DELILLE (ARMAND, MARIE (P.-L.) et DUJARTIER. — Gangrène du pharynx d'origine fuso-spirillaire, compliquant une angine diphtérique grave. Guérison (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 décembre 1920, p. 1468).
- BEITZKE. — Sur les angines à bacilles fusiformes (*Münch. med. Woch.*, 18 juin 1901).
- BERCHER (J.). — Contribution à l'étude de l'étiologie des stomatites ulcéreuses avec symbiose fuso-spirillaire (*Revue de Stomatologie*, avril 1920).
- Les Infections buccales fuso-spirillaires dans leurs relations avec le système dentaire (*Bulletin mensuel de la Société de Médecine militaire Française*, n° 3, 2 et 16 mars 1922).
- BLANCHARD (M.). — Inoculations expérimentales de l'ulcère phagédénique Tropical (*Bulletins de la Société de Pathologie Exotique*, Séance du 11 février 1914, p. 97).
- BRINDEL et RAOULT. — Des ulcérations de l'amygdale (*Rapport*

- à la Société française d'O. R. L., 1900, in *Bulletins et Mémoires de la Société française d'O. R. L.*, 1900).
- CASTAIGNE. — Formes graves de l'angine de Vincent (*Clinique Paris*, 1914, IX, p. 194-197).
- CHARDON (O.-E.). — Angine de Vincent associée à la Diphtérie (*Thèse de Lille*, 1918-19).
- CHATELLIER (J.). — État actuel de la question des stomatites ulcéro-membraneuses (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1929, p. 395).
- CHEVALLIER (P.). — Sur le diagnostic de l'angine de Vincent (*L'Hôpital*, avril 1920 (A), p. 372).
- L'adénolymphoïdite aiguë bénigne avec hyperleucocytose modérée et forte mononucléose (Un vol. Edition de la *Revue de Pathologie comparée*, Paris 1928). Cf. en particulier p. 27-29 ; p. 82-83 ; p. 123-124 ; p. 173
- Sur une prétendue angine primitive appelée « angine de Vincent » (*La Médecine Internationale*, n° 4, avril 1933 ; n° 5, mai 1933 ; n° 7, juillet 1933).
- CHOMPRET (M.). — Angine de Vincent. Herpès buccal. Banalité de la symbiose fuso-spirillaire (*Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 2 février 1905 ; in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1905, p. 174).
- CHOUPIN. — Angine de Vincent et bacille diphtérique (*Loire Médicale*, 1920, p. 376).
- COLLET et HÖRAND. — De la présence de pseudo-tréponèmes pâles dans une angine de Vincent (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 7 juillet 1907, p. 315).
- COSTA. — Sur la contagion de l'angine de Vincent (*Presse Médicale*, 16 décembre 1903).
- CORIAT. — Doctrine dentaire de l'angine et de la stomatite ulcéro-membraneuse (*Thèse de Paris*, 1925).
- DAVID et HECQUET. — Les lésions ulcéreuses de la bouche et du pharynx dans lesquelles on trouve le fuso-bacille de Vincent (*Presse Médicale*, 21 janvier 1920, p. 54-55).
- DEHERRIPON (H.). — Les angines à symbiose fuso-spirillo-diphtérique (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1^{er} août 1920).
- DELATTRE (A.). — Angine diphtérique suivie d'angine de Vin-

- cent (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 30 octobre 1921).
- DOPTER. — Note sur la contagion de l'angine et de la stomatite de Vincent (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 2 mai 1902).
- ESCAT (E.). — Caractère deutéropathique de l'angine fusospirillaire de Vincent. Méconnaissance fréquente de la pathologie antécédente (*L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale*, n° 6, juin 1927, p. 242).
- FAVRE et DREYFOUSS. — Stomatites et angines fusospirillaires. Leur traitement par le nitrate d'argent et le bleu de méthylène (*Presse médicale*, 2 novembre 1916, p. 492-493).
- FIESSINGER (Noël). — A propos du traitement de l'angine ulcéromembraneuse de Vincent (*Journal des Praticiens*, 13 juillet 1918, p. 441).
- FLANDIN (Ch.). — Traitement local de l'angine et de la stomatite de Vincent par le 606 (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 27 mars 1914, p. 586).
- FREYCHE (J.). — Étude clinique et bactériologique sur l'angine diphtéroïde et ulcéreuse à bacilles fusiformes et spirilles de Vincent (*Thèse de Toulouse*, 1899).
- FREYMUTH et PETRUSCHKY. — Zweiter Fall von diphterie (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, n° 38, 1898).
- GADOL. — Angine de Vincent et Diphtérie (*Thèse de Nancy*, 1920-21).
- GALLOIS et COURCOUX. — Présence de bacilles diphtériques dans certains cas d'origine de Vincent (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 29 mai 1903, p. 591).
- GOUGEROT (Prof.). — Sur le traitement intraveineux par le novarsénobenzol des lésions fusospirillaires (*Bulletins de la Société française de Dermatologie*, séance du 12 juin 1919, p. 208).
- GRYSEZ et PIERRET. — Quelques observations de spirilloses (Réunion Médico-Chirurgicale de la III^e Armée, 19 juillet 1917, analyse, in *Presse Médicale*, 6 août 1917).
- KRITCHEWSKY (B.) et SEGUIN (P.). — L'Unité des spirochétoses

- buccales (*Revue de Stomatologie*, n° 8 et 9, août et septembre 1925).
- LAVERGNE (De). — L'infection fuso-spirillaire, étude épidémiologique (*Annales d'Hygiène Publique et de Médecine légale*, septembre 1921, p. 129).
- LEBEDINSKY (J.). — Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal (*Thèse de Paris*, 1898).
- *Archives de stomatologie*, 1904.
- De la stomatite ulcéro-membraneuse et de l'angine de Vincent dans l'Armée (*Conférence faite à l'Ecole de Perfectionnement des Dentistes militaires du G. M. P.* 192).
- LE BLAYE. — Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle (*Thèse de Paris*, 1911).
- LE PLAY et SÉZARY. — diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale et de l'angine chancriforme (*Presse Médicale*, 27 juillet 1910, p. 579).
- LEROY (E.). — Angines ulcéro-membraneuses. Bacilles diphtériques, association fuso-spirillaires (*Journal des Praticiens*, 8 novembre 1918, p. 708).
- LETULLE. — Angine de Vincent (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 14 décembre 1900, p. 1197-1204).
- MARFAN. — Leçons sur la diphtérie.
- MARZINOWSKI (E.M) — Inoculation de l'angine de Vincent au singe (*macacus rhesus*) (*Société de Biologie*, séance du 19 octobre 1912).
- MENDEL. — Amygdalite ulcéreuse chancriforme (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie*, 1895, p. 873).
- MONTIGNY. — L'angine ulcéreuse chancriforme de Vincent (*Thèse de Paris*, 1902-1903).
- MORICARD (M.). — Du diagnostic de la syphilis par la recherche ultra-microscopique du tréponème dans les lésions cutanéo-muqueuses primaire et secondaire (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1932, p. 539-550).
- MOURE. — Amygdale lacunaire ulcéreuse aiguë hebdomadaire (*Revue de laryngologie, otologie et Rhinologie*, 15 septembre 1895, p. 842).
- MOURQUAND-GATÉ et HUGHES. — La réaction de Bordet-

- Wassermann dans l'angine de Vincent (*Lyon Médical*, 1^{er} juillet 1920, p. 569).
- MUTERMILCH (S.) et SEGUIN (P.). — Un cas d'infection fusospirillaire mortelle chez un sujet atteint d'épithélioma du plancher de la bouche et traité par le sodium (*Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 13 janvier 1923, p. 28 (Tome I).
- PAYENNEVILLE (M.). — Chancre syphilitique et Association fusospirillaire. Diagnostic bactériologique (*Presse Médicale*, 19 décembre 1918, p. 647).
- PEREIRA. — Formes extensives de l'angine de Vincent (*Thèse de Paris*, 1920-24).
- PUIG (J.). — Considérations sur l'angine de Vincent et son traitement étiologique (*Presse Médicale*, 3 mai 1924, p. 390).
- QUEYRAT. — Balano-posthite ulcéro-membraneuse avec symbiose fusospirillaire déterminée par l'inoculation d'une stomatite de même nature chez un même malade (Présentation du malade) (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 10 février 1905).
- RAMOND (L.). — L'angine de Vincent. (*Conférences de Clinique Médicale pratique*, Septième série, p. 86).
- REGAUD (C.) et MUTERMILCH (S.). — Influence de l'infection secondaire sur les résultats de la radiothérapie des cancers (*Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 16 décembre 1922, p. 1264, tome II).
- L'infection secondaire des cancers, son rôle au point de vue du traitement radiothérapique (*Paris Médical*, 3 février 1923).
- RODRIGUEZ (E.). — Spirochétoses amygdaliennes au décours des angines aiguës (*Thèse de Paris*, 1922).
- ROLLESTON. — Destruction of the uvula in Vincent's angina (*The British of Children's diseases*, juillet 1912).
- RUPPE (Ch.). — Stomatites ulcéro-membraneuses (*Gazette des Hôpitaux*, 14 avril et 21 avril 1928).
- angines aiguës (*Thèse de Paris*, 1922).
- SEGUIN-BOUCHET (P.) et LOGEAIS. — Amygdalite fusospirillaire chronique (*Annales des maladies de l'oreille et du pharynx*, février 1923).
- Examen histo-bactériologique d'une angine de Vincent (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1924).

- SÉZARY. — Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire (*Presse Médicale*, 27 juillet 1932).
- SIMONIN (M.). — Les complications de l'angine de Vincent ; leur pathogénie (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 6 décembre 1901).
- SIMONIN (M.). — Les Rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 14 mars 1902, p. 239).
- STÖCKLIN (H. de). — Contribution à l'étiologie des angines ulcéro-membraneuses (*Centralblatt. f. Bakter. u. Parasitenk.*, 11 février 1898).
- STÖCKLIN (H. de). — Recherches sur la présence et le rôle des bacilles fusiformes de Vincent dans les angines banales et spécifiques (*Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique*, mai 1900, p. 269).
- TUNNICLIFF. — *Journal of infectious diseases*, août 1919, p. 132.
- VIDAL. — Complications de l'angine de Vincent. Ses rapports avec les angines banales et spécifiques (*Thèse de Lyon*, 1913-1914).
- VINCENT. — Sur l'étiologie et lésions anatomo-pathologiques de la Pourriture d'hôpital (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1896, p. 488).
- Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde (angine à bacilles fusiformes) (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 11 mars 1898, p. 244).
- Nouvelles recherches sur l'angine diphtéroïde [à bacilles fusiformes] (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 13 janvier 1899, p. 43) et *Archives internationales de Laryngologie*.
- Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes (*Annales de l'Institut Pasteur*, août 1899, p. 609).
- Sur un cas prolongé d'angine à spirilles et bacilles fusiformes. Considérations sur la bactériologie de cette affection (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 1^{er} février 1901).

- Sur la culture et l'inoculation du bacille fusiforme (*Société de Biologie*, Séance du 23 mars 1901).
 - Syphilis et bacille fusiforme (*Presse Médicale*, 1^{er} juin 1901).
 - Discussion à la suite de la communication de M. SIMONIN sur : les rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 14 mars 1902, p. 239).
 - Sur la contagion et l'inoculation de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 2 mai 1902, p. 403-406).
 - Diphtérie et bacille fusiforme (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 5 juin 1903).
 - Recherches sur l'étiologie de la stomatite ulcéromembraneuse primitive. Etude clinique et bactériologique *Archives Internationales de Laryngologie*, février 1914).
 - Discussion à la suite de la Communication de WIDAL et DARRÉ : Angine de Vincent et stomatite ulcéro-membraneuse, angine staphylococcique préalable (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 18 novembre 1904).
 - La Symbiose fuso-spirillaire. Ses diverses déterminations pathologiques (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1905, p. 401-421).
- WIDAL et DARRÉ. — Angine de Vincent et stomatite ulcéromembraneuse, angine staphylococcique préalable (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Séance du 18 novembre 1904, p. 1091).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 24-4-1934

